

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
Universidad Francisco de Vitoria



**Programa de Intervención en TEPT Complejo por la coyuntura de  
Sinhogarismo y Violencia Sexual en Mujeres.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Irene de Ana Redondo

Madrid, a 6 de marzo de 2023

## Resumen

El sinhogarismo femenino es una problemática social que cada año aumenta, aunque hoy día sigue siendo invisible para la sociedad. Las mujeres sin hogar se ven expuestas a la vivencia de violencia sexual o de género, que puede derivar en el establecimiento de dinámicas de intercambio de sexo por protección. Este fenómeno, sexo de supervivencia, junto con el sinhogarismo se asocian a trastornos de estrés postraumático complejo (TEPT-C). El programa expuesto plantea la intervención en esta problemática para mejorar el bienestar de las mujeres a través del abordaje de la sintomatología traumática. Se propone un tratamiento terapéutico integrativo, con una fase individual (28 sesiones) y otra grupal (24 sesiones), desde el enfoque de género y de los derechos humanos. La intervención se realiza de acuerdo con las necesidades y objetivos de cada fase del Modelo Transteórico. La evaluación de la efectividad del programa se lleva a cabo mediante un diseño cuasiexperimental pre-postratamiento con la aplicación del Cuestionario CIT (Crespo et al., 2020), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) y un Cuestionario de Satisfacción ad hoc. Los resultados serán analizados a través de la prueba t de Student de comparación de medias para muestras relacionadas. Se espera obtener una reducción significativa en la sintomatología asociada al TEPT-C y una mejora en el bienestar y autoestima de las mujeres. Se concluye la importancia de hacer programas de prevención primaria y secundaria para evitar la vivencia de las violencias que sufren las mujeres.

*Palabras clave: Mujeres sin hogar, TEPT-C, sexo de supervivencia, modelo integrativo.*

## Abstract

Female homelessness is a social problem that increases every year, although today its causes and consequences remain invisible to society. One of the risk factors for female homelessness is the experience of sexual or gender violence, which can lead to the establishment of dynamics of exchanging sex for protection. This phenomenon, survival sex, can lead to complex post-traumatic stress disorders (C-PTSD) due to homelessness. The program proposes the intervention in this problem to improve the well-being and empowerment of women through the approach of traumatic symptoms. An integrative therapeutic treatment is proposed, with an individual phase (28 sessions) and a group phase (24 sessions), from the gender and human rights perspective. The intervention is carried out according to the needs and

objectives of each phase of the Transtheoretical Model. The evaluation of the effectiveness of the program is carried out through a pre-post-treatment quasi-experimental design with the application of the CIT Questionnaire (Crespo et al., 2020), the Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965) and an ad hoc Satisfaction Questionnaire. The results will be analyzed through the Student's test of means comparison for related samples. It is expected to obtain a significant reduction in the symptoms associated with PTSD-C and an improvement in the well-being and self-esteem of women. The importance of carrying out primary and secondary prevention programs to avoid the experience of violence suffered by women is concluded.

*Keywords: Homeless women, C-PTSD, survival sex, integrative model.*

## Índice

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introducción .....                                                                            | 5  |
| 2. Marco teórico .....                                                                           | 7  |
| 2.1. Recursos atencionales al sinhogarismo femenino en situaciones de<br>violencia sexual .....  | 7  |
| 2.2. Conceptualización y análisis de trauma en violencia sexual .....                            | 8  |
| 2.2.1. Modelos teóricos del TEPT .....                                                           | 10 |
| 2.2.2. Abordaje del trauma por violencia sexual .....                                            | 11 |
| 2.3. Buenas prácticas en atención al sinhogarismo femenino y TEPT-C en<br>violencia sexual ..... | 14 |
| 3. Propuesta de intervención .....                                                               | 15 |
| 3.1. Objetivos .....                                                                             | 15 |
| 3.2. Población diana .....                                                                       | 16 |
| 3.2.1. Criterios de inclusión .....                                                              | 16 |
| 3.2.2. Criterios de exclusión .....                                                              | 16 |
| 3.2.3. Captación de las participantes .....                                                      | 17 |
| 3.3. Metodología .....                                                                           | 17 |
| 3.4. Plan de trabajo y Cronograma de las actividades .....                                       | 19 |
| 3.4.1. Intervención Individual .....                                                             | 19 |
| 3.4.1.1. Desarrollo de una sesión: abordando la culpa .....                                      | 20 |
| 3.4.2. Intervención grupal .....                                                                 | 21 |
| 3.5. Evaluación de la intervención .....                                                         | 22 |
| 4. Análisis de datos .....                                                                       | 23 |
| 5. Resultados .....                                                                              | 23 |
| 6. Discusión .....                                                                               | 25 |
| 7. Referencias .....                                                                             | 27 |
| 8. Anexo                                                                                         |    |
| 8.1. Anexo A. Definición de persona sinhogarismo .....                                           | 34 |
| 8.2. Anexo B. Escalas del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) .....                         | 35 |
| 8.3. Anexo C. Cuestionario de satisfacción .....                                                 | 36 |

### Tablas

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Tratamiento cognitivo-conductual en TEPT en mujeres .....        | 12 |
| Tabla 2. Intervenciones sociales MSH .....                                | 13 |
| Tabla 3. Plan de Tratamiento Individual .....                             | 19 |
| Tabla 4. Plan de Tratamiento grupal .....                                 | 21 |
| Tabla 5. Resultados esperados en la Prueba t de Student pre- y post ..... | 24 |

### Figuras

|                                                                                               |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Figura 1. Sistema de creencias afectado durante la exposición a un evento<br>traumático ..... | 9 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|

## 1. Introducción

El sinhogarismo es una problemática social que en los últimos años ha visto un aumento de personas que lo sufren, especialmente el número de mujeres sin hogar (en adelante, MSH) ha crecido hasta el 23,3% (INE, 2022). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022), que solo contabiliza a las personas usuarias de centros asistenciales, actualmente hay 28552 personas sin hogar, lo que supone un 24'5% más que la última Encuesta a las Personas sin Hogar de 2012 (EPSH). Por otro lado, ONGs que trabajan con este colectivo sitúan la cifra en torno 37000 personas afectadas (Hogar sí, 2022).

De estos datos, se deriva otra problemática y es la falta de consenso en cuanto a la definición misma de las personas sin hogar. El Marco del Instituto Global de Personas Sin Hogar (IGH, 2018) establece tres categorías generales para acotar el término: personas sin alojamiento, personas que viven en alojamientos temporales o de crisis y personas que viven en alojamiento gravemente inadecuado o inseguro (Anexo A). De acuerdo con esta clasificación, se ha definido el sinhogarismo con las dos primeras categorías, por ser el fenómeno más habitual. Esta forma de entender dicho fenómeno deja fuera de los datos a muchas personas, especialmente a las mujeres, que se encuentran en viviendas no seguras (vivir bajo amenaza de violencia en la propia vivienda, ocupantes ilegales, hacinamiento...) o en situación de exclusión residencial (Matulič et al., 2022). Por tanto, se puede concluir que los datos invisibilizan la realidad de las mujeres.

En España, el INE (2022) estima que hay 6652 MSH, siendo el porcentaje similar entre las mujeres españolas y extranjeras. La mayoría de las MSH se encuentra en la franja de 45-65 años (44,59%), seguido de las mujeres de entre 30-40 años (32,80%). El 48'5% de las mujeres son solteras, y el 28% están separadas o divorciadas. Las causas que justifican el abandono del alojamiento son principalmente la pérdida de trabajo, seguido de la falta de capacidad para pagar la vivienda, lo que derivó en desahucio. El 9'8% indica que abandonó el hogar por haber sufrido violencia directa o porque sus hijos lo sufrieron. El 64,2% de las MSH se encuentran en situación de desempleo y afirman no buscar trabajo por problemas de salud. Las mujeres presentan en mayor medida alguna enfermedad crónica (43,6%), y una mayor afectación en su salud mental (el 67,8% presenta algún

síntoma depresivo). Respecto al consumo de estupefacientes, el 69,8% refiere no haber consumido nunca drogas y el 65,7% nunca ha tomado alcohol. Los recursos más utilizados por las MSH son los albergues y residencias, seguidos por los pisos facilitados por ONGs o asociaciones y finalmente, pisos ocupados.

Las causas del sinhogarismo, tal y como señalan algunos estudios, surge de la interacción de factores estructurales, institucionales e individuales (Botana, 2021). Las consecuencias de este fenómeno no sólo suponen una vulneración de los derechos humanos (Arredondo et al., 2021), sino que también va asociado a problemáticas en la salud física y psicológica, teniendo un gran impacto en las relaciones sociales y bienestar individual (Vázquez et al., 2021). Estas consecuencias afectan tanto a hombres como a MSH, aunque las mujeres presentan un mayor número de sucesos vitales estresantes (en adelante, SVE) (Emakunde, 2016; Padgett et al., 2012).

Uno de los principales factores de riesgo para el sinhogarismo femenino es haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida (Rodríguez-Moreno et al., 2020), específicamente violencia intrafamiliar o de género. Dicha violencia afecta a la mujer en todas las áreas y dimensiones, teniendo un gran impacto en la pérdida o deterioro de su red de apoyo, llevando a la mujer al sinhogarismo (Federación de Organizaciones Nacionales que trabajan con personas sin hogar [FEANTSA], 2007).

Además de la violencia vivida en el ámbito familiar y relacional, las MSH presentan una mayor vulnerabilidad a ser víctimas de agresiones sexuales (Lauren, 2014). Según datos del INE (2022) el 21,9% de las MSH afirma haber sufrido alguna agresión sexual. Ante este panorama, muchas mujeres establecen una relación sexoafectiva con otro hombre como mecanismo de supervivencia para prevenir sufrir agresiones de cualquier tipo, aunque esto les haga permanecer en relaciones violentas (Díaz, 2014; Gámez, 2018). Este tipo de relaciones, así como todos los intercambios sexuales que realizan las MSH para obtener comida, dinero... es denominado “sexo de supervivencia” (De Inés et al., 2019). Las mujeres que lo practican presentan elevados niveles de traumatización, relacionándose con un alto número de intentos de suicidio (Warf et al., 2013), así como mayor vulnerabilidad y desprotección a sufrir más agresiones dentro de dicha relación (Díaz, 2014).

## **2. Marco teórico**

Con el objetivo de superar la invisibilización del sinhogarismo femenino, anteriormente expuesto, este proyecto se va a enmarcar desde la siguiente definición de sinhogarismo propuesta por FEANTSA (s.f.): situación de falta de alojamiento adecuado, seguro y permanente que afecta al bienestar de las personas.

### **2.1. Recursos atencionales al sinhogarismo femenino en situaciones de violencia sexual**

El abordaje del sinhogarismo se ha realizado de forma tradicional en ofrecer recursos que cubran las necesidades inmediatas de las personas, como vivienda, alimentación e higiene (Lyon, 2016). Este abordaje se focaliza en la intervención de la salud física, desatendiendo la salud mental (Alonso et al., 2020), por lo que no se hace un abordaje de los SVE (Teruya et al., 2010). Además, centrar los recursos únicamente en la atención de las necesidades básicas cronifica el problema al generar una mayor dependencia hacia las instituciones (Lauren, 2014). Las mujeres suelen mostrar miedo e inseguridad ante este tipo de asistencia por la presencia de hombres en ellos (Domínguez, 2022), llegando incluso a sufrir acoso sexual dentro de estos recursos (Alonso et al., 2020). Por otro lado, se genera rechazo hacia los alojamientos por el miedo a perder la custodia de los hijos e hijas, por lo que muchas mujeres deciden mantenerse al margen o en contextos de violencia (Guijarro, 2020).

De forma específica, diversos países europeos y otros como EEUU o Australia han establecido centros residenciales específicos para MSH que sufren violencia (Council of Europe, 2010; Johnson et al., 2017), aunque se reconoce que la cobertura de dichos “refugios” no es la adecuada para atender a todas las mujeres. Diversas investigaciones muestran que la recuperación de las mujeres en estos centros es lenta, generando estrés y ansiedad por convivir con otras mujeres (Quilgars y Pleace, 2010).

Para superar dichos obstáculos, se han desarrollado dos estrategias: Housing Led (viviendas compartidas) y Housing First (viviendas unipersonales). Ambas estrategias cuentan con el apoyo de profesionales que trabajan con los/as usuarios/as para fomentar su autonomía y reintegración en la sociedad desde el enfoque de las necesidades y fortalezas (Hogar sí, 2020), desarrollando programas

para aumentar las habilidades intra e interpersonales (véase los talleres elaborados por FACIAM, 2022; Mbilinyi, 2015; Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias [SAMHSA], 2021).

Dichas estrategias son avaladas por la *1ª Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020* (ENI-PSH; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020), que también recoge en sus objetivos la erradicación de la violencia contra las personas sin hogar. Sin embargo, la propia ENI-PSH refleja la invisibilización del sinhogarismo femenino al no establecerse medidas que atiendan a la realidad de este colectivo, llegando a reconocer que “los recursos para las personas sin hogar no son adecuados para las mujeres” (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020, p.29).

Son muy pocos los recursos de atención psicológica específicos para MSH que hayan sufrido algún tipo de violencia sexual, por lo que se encuentran desprovistas de profesionales que trabajen dicha problemática desde una perspectiva de género (Gámez, 2018). Pese a la existencia de la Ley 15/2022, actualmente muchas MSH son excluidas de los recursos residenciales o aquellos especializados en atención psicológica por la presencia de consumo activo o algún trastorno mental grave (Pérez de Madrid, 2019), por lo que no reciben un tratamiento adecuado a sus necesidades.

## 2.2. Conceptualización y análisis de trauma en violencia sexual

Los SVE pueden constituir traumas en función de diversos factores (Echeburúa, 2004), como del propio suceso (duración, violencia...), entorno (falta de apoyo social, seguridad...) y características personales (revictimización, ansiedad...).

Etimológicamente, trauma significa herida. Janet (1919) lo definió como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona” (p.5). La persona no es capaz de aplicar sus mecanismos de protección (huida o lucha), por lo que percibe un daño a su integridad física y psicológica, quedándose en un estado de vulnerabilidad (Lecannelier, 2014). Esta percepción dificulta la integración de esa vivencia en los recuerdos, que quedan “separados” del resto de la psique.



**Figura 1.**

*Sistema de creencias afectado durante la exposición a un evento traumático*



Fuente: extraído de Pérez-Sales, P. (2004)

La persona establece mecanismos defensivos para adaptarse a la experiencia traumática, como disociación, negación... (Pérez-Sales, 2004), llegando a generar una grave afectación del sistema de creencias original de la persona (Vázquez et al, 2015) como podemos observar en la Figura 1. Por ejemplo, en el “sexo de supervivencia” aparece de forma frecuente sentimientos como la culpa o la vergüenza por la experiencia que ellas identifican haber elegido, sintiendo un gran malestar (Warf et al., 2013) donde se ve modificación el autoconcepto y autoestima individual (Muñoz y Cordero, 2017).

A su vez, permanecer en contextos de vulnerabilidad física y sexual conlleva también la modificación de este sistema de creencias, dando lugar al desarrollo de trastornos depresivos, ansiosos, de estrés postraumático... (Matulič et al., 2019) presentes en el día a día de las MSH. La aparición de estos trastornos afecta de forma progresiva en el pensamiento racional y a la productividad en el trabajo (Mullainathan y Shafir, 2013).

Las consecuencias a nivel físico es la conceptualización de que el cuerpo es generador de trauma, dolor... dando lugar al desarrollo de trastornos psicosomáticos y al rechazo constante de su cuerpo, que se puede transformar en autolesiones (Nieto y López, 2016). También hay una mayor prevalencia a contraer SIDA/VIH a través de sufrir alguna agresión sexual (Kerker et al., 2011) o en el intercambio de sexo por protección (Johnson et al., 2008).

La violencia sexual, es un acontecimiento traumático que genera de forma frecuente la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (De la Cruz et al., 2015). Los síntomas del TEPT, tal y como describen Lozano et al. (2017), son: reexperimentación del suceso traumático, evitación de situaciones que puedan propiciar otra vez la experiencia y un aumento de la activación fisiológica o una ausencia de respuesta (indefensión).

### *2.2.1. Modelos teóricos del TEPT*

Destacan las siguientes teorías sobre el origen y el mantenimiento del TEPT:

- Teoría clásica de los dos factores de Mowrer (1960): según Baile y Rabito (2020) esta teoría es la que más evidencia tiene actualmente, el cual refleja que el TEPT se instaura mediante condicionamiento clásico y operante. El primer proceso explica la aparición del miedo condicionado a través de la asociación aversiva de diversos estímulos con el estresor. Mientras que el segundo, explica la aparición de pensamientos y conducta de evitación de la ansiedad.
- Modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1985): existe una red de asociaciones en la memoria a largo plazo. Ante un evento traumático, la información de los estímulos presentes, así como la información interoceptiva genera una red de asociaciones anómalas lo que explica la aparición y el mantenimiento del TEPT.
- Teoría de la representación dual de Brewin et al. (1996): ante un hecho traumático la información se codifica en dos representaciones distintas: memoria accesible verbalmente (consciente del trauma) y situacionalmente (inconsciente del trauma a nivel fisiológico y sensorial).
- Teoría cognitiva de Ehlers y Clarck (2000): la probabilidad de desarrollar TEPT depende de la evaluación primaria que hace el sujeto del evento y de sus consecuencias, así como del tipo de almacenamiento en la memoria y la interacción de la interpretación final y las conductas que lleva a cabo la persona.
- Teoría cognitiva de Resick et al. (2008): el TEPT se mantiene por la evitación cognitiva y conductual que hace la persona para no reexperimentar el evento traumático. Por tanto, la interpretación del suceso y las creencias distorsionadas derivadas van a tener un influencia directa en el desarrollo del TEPT.

La revisión de estos modelos permite concluir que la intervención debe centrarse en el abordaje de los pensamientos y las emociones de malestar asociados, así como fomentar una narrativa más adaptativa con el objetivo de modificar la información almacenada en la memoria. Sin embargo, es importante considerar que el TEPT contempla situaciones limitadas que puedan generar dicho trastorno (Nieto y López, 2016). Por ello, en este trabajo se va a hacer énfasis en el TEPT Complejo (TEPT-C) propuesto por la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), ya que aún la acumulación de traumas como es la violencia sexual y el sinhogarismo (Leuzinger-Bohleber, 2015). En el TEPT-C se cumplen todos los criterios de diagnóstico del TEPT, además de mostrar dificultades en la regulación del afecto; afectación en las creencias sobre uno mismo y los demás, lo que conlleva dificultad en mantener relaciones (OMS, 2022).

#### *2.2.2. Abordaje del trauma por violencia sexual*

El objetivo de toda terapia en el abordaje del trauma será ayudar a la persona en la integración del suceso traumático a través del vínculo terapéutico y de la regulación emocional. En 1998, se propone en EEUU (SAMHSA, 2014) la aplicación de un modelo denominado “Cuidado Informado del Trauma” (TIC) para la intervención con mujeres con experiencias traumáticas por agresiones sexuales. Intervenir desde el modelo TIC implica atender a las necesidades y expectativas de las víctimas con trauma con el objetivo de no establecer un cuidado iatrogénico.

Los principios que sustentan este modelos son (Velasco, 2020):

- Educación del trauma: reconocer el impacto del trauma en el desarrollo y el afrontamiento para ofrecer tratamientos basados en la evidencia.
- Seguridad: proporcionar seguridad física y emocional ante el trauma para evitar la retraumatización. Establecer relaciones confiables y de colaboración mutua.
- Elección y Empoderamiento: fomentar la participación de la persona en su proceso para fomentar la sensación de control y autonomía individual.
- Intervención basada en las fortalezas y en la resiliencia.
- Aplicar perspectiva cultural, histórica y de género.

Por su parte, el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (NICE, 2018) en su guía sobre los tratamientos basados en la evidencia para el

TEPT en adultos, establece que el abordaje debe basarse en la terapia cognitivo-conductual, incluyendo las siguientes terapias: procesamiento cognitivo, cognitiva, la exposición narrativa y prolongada, así como EMDR. Tran y Gregor (2016) determinaron que las técnicas de exposición, concretamente la prolongada, fueron más eficaces que otras técnicas en el abordaje del TEPT, aunque en un metaanálisis posterior no hallaron diferencias significativas (Lenz et al., 2017).

La terapia cognitivo-conductual parte de la premisa de que una persona experimentará de forma distinta una misma situación en función de la interpretación que realice de la misma. Esta interpretación se basa en los aprendizajes previos que se han mantenido en el tiempo a través de refuerzos (Beck, 2000). Son muchos los estudios que han aplicado este enfoque en el abordaje del TEPT en mujeres víctimas de violencia (Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Tratamiento cognitivo-conductual en TEPT con mujeres.*

| Estudio                    | Población                               | Intervención                                                                                                    | Ventajas                                                                                                                                                                          | Limitaciones                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cáceres et al. (2011)      | 73 mujeres víctimas de VG               | - Grupal de 4-6 mujeres.<br>- 8 sesiones<br>4 módulos: relaciones, bienestar, TC y afrontamiento                | - Reducción significativa de la sintomatología de TEPT<br>- 3 mujeres continuaron presentando síntomas tras la intervención.<br>- Mejora de la autoestima, adaptación al entorno. | - Muestra reducida.<br>- Delimitación a parejas heterosexuales y sin discapacidad.<br>- No grupo control.<br>- No aleatorización de la muestra.  |
| Santandreu y Ferrer (2014) | 98 mujeres víctimas de VG: finalizan 74 | - Individual<br>- 13 sesiones<br>- Técnicas de exposición                                                       | - Resultados modestos<br>- 85% muestra remisión parcial de síntomas TEPT                                                                                                          | - Abandono de las mujeres con maltrato psicológico<br>- Falta grupo control<br>- Falta de información de la continuidad de la relación romántica |
| Habigzang et al. (2019)    | 4 mujeres víctimas de VG                | - Individual<br>- 13 sesiones<br>4 módulos: reestructuración, exposición, prevención y resolución de conflictos | - Mejora significativa de los niveles de ansiedad y del TEPT<br>- Conocimiento de la red de protección                                                                            | - Análisis descriptivo: subjetividad y sesgos<br>- No grupo control<br>- Muestra reducida.                                                       |
| Soto et al. (2022)         | 10 mujeres víctimas de violación        | - Entrenamiento en inoculación al estrés<br>- Longitudinal                                                      | - Mejora significativa en la sintomatología de TEPT                                                                                                                               | - No grupo control.<br>- Muestra reducida.<br>- No aleatorización de la muestra.                                                                 |
| Kaslow et al. (2010)       | 208 mujeres víctimas de VG              | - Intervención cognitivo conductual vs TIC                                                                      | - Mejores resultados en el abordaje del TIC:<br>- Reducción de la depresión y ansiedad<br>- Menos ideación suicida                                                                | Carencia de grupo control.                                                                                                                       |

Sin embargo, las terapias basadas en este enfoque presentan limitaciones. Muchos pacientes con TEPT no son capaces de exponerse en imaginación al evento traumático, encontrando que hasta el 50% de los participantes no mejoraron (Bados, 2017). Los resultados son similares cuando la persona tiene sentimientos frecuentes de culpa y vergüenza (Clifton et al., 2017), o de ira en vez de ansiedad. Además, dichas técnicas suelen generar aversión en los pacientes, derivando problemas de adherencia y produciéndose abandonos terapéuticos (Mullick et al., 2011). Estos resultados distan de los encontrados en la utilización de otros enfoques, por ejemplo, las técnicas narrativas generan menos impacto y por tanto, menos malestar, resultando eficaz en el tratamiento (Sloan et al., 2015).

A pesar del interés en el abordaje del TEPT, son escasos los estudios que se han centrado en la intervención de este trastorno en MSH (De Vicente, 2015), reduciéndose aún más en aquellos casos que han sufrido violencia sexual (Hopper et al., 2010). Los programas que intervienen desde el TIC con MSH se han centrado principalmente en el trauma derivado de la violencia dentro de la pareja (Kaslow et al., 2010), obteniendo reducciones más rápidas de la sintomatología asociada al trauma (Tabla 1). Se ha observado una mejoría del 80% en la adherencia de los usuarios/as que han participado en programas donde se ha aplicado el TIC (Madden, 2017). Sin embargo, sí se han encontrado intervenciones sociales de carácter artístico desde otras ramas como la terapia ocupacional (Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Intervenciones sociales con MSH.*

| Estudio       | Población                                 | Objetivo                                                              | Intervención                                                                                         | Resultados                                                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antón (2022)  | 7-8 MSH                                   | - Mejorar el bienestar de MSH<br>- Elaborar traumas a través del arte | - Terapia ocupacional<br>- Técnicas artísticas y corporales<br>- Grupal<br>- 6 meses (3h por semana) | Resultados no publicados, estiman:<br>- Creación de espacio seguro para la elaboración del trauma.<br>- Mejora del autoconcepto. |
| Duncan (2018) | 30 MSH de 25-26 años víctimas de agresión | - Fomentar la seguridad e introspección a través del arte             | - Arteterapia<br>- 4 semanas (4 sesiones de 3h por semana)                                           | - Mucha resistencia a la intervención.<br>- Aumento de la creatividad y flexibilidad.                                            |

Ahondando en las medidas dirigidas a las mujeres establecidas en el ENI-PSH, sólo el 15'8% de las estrategias estaban dirigidas a la intervención en situaciones de violencia, estableciéndose en 20 ayuntamientos (concretamente en Galicia, País

Vasco y Madrid). Por el contrario, el grado de implementación de estas estrategias varía, siendo País Vasco la comunidad con mayor implementación (41,7%); mientras que Madrid presenta los niveles más bajos (12,5%). Entre los programas que se llevan a cabo en España (se ha consultado las entidades como Asociación Aires (2022), Asociación Realidades (2021), así como aquellas que forman parte de la red FACIAM (2022)), encontramos que muchos proyectos hacen un abordaje de las experiencias de violencia que han vivido las MSH, pero no se especifica si se aborda el trauma relacionado, como tampoco informan de la metodología aplicada.

Se concluye, de acuerdo con la bibliografía estudiada (Bados, 2017; Whaley et al., 2018), que es recomendable la aplicación de modelos integradores en el abordaje del TEPT para superar las limitaciones de las terapias cognitivas y beneficiarse de las ventajas que aportan otros enfoques. Adoptar un modelo integrador facilita la adaptación a las problemáticas individuales al contar con un mayor número de herramientas (Novelo, 2008).

### 2.3. Buenas prácticas en atención al sinhogarismo femenino y TEPT-C en violencia sexual.

Finalmente, se ha realizado una recopilación de buenas prácticas para trabajar con este colectivo (FACIAM, 2020; Hooper, et al., 2010):

- Atención personalizada y específica a las necesidades individuales, así como atender a la motivación y la etapa del cambio.
- Establecer objetivos realistas y consensuados con la mujer participante.
- Metodología flexible que abarque la perspectiva de género y la interculturalidad.
- Coordinación de recursos para abordar problemáticas específicas.
- Garantizar la seguridad, respeto y dignidad de las mujeres.
- El/la profesional debe poseer habilidades empáticas, de comunicación y resiliencia, así como conocimientos de la realidad del sinhogarismo femenino para no caer en la culpabilización de dichas mujeres.

Respecto a las recomendaciones establecidas por NICE (2018) en el abordaje del TEPT-C, encontramos:

- Entre 8-12 sesiones de trabajo, aumentándolas si está clínicamente indicado.
- Crear grupos de apoyo conformados por personas con experiencias similares

- Informar sobre el trauma, la generación y mantenimiento de la sintomatología, la evaluación a llevar a cabo y las opciones de tratamiento. Incluir estrategias para regular la hiperactivación y superar las conductas de evitación, procesar y elaborar recuerdos traumáticos y emociones asociadas, desarrollar habilidades para un funcionamiento adaptativo y establecer un plan de recaídas.
- Incluir un seguimiento, facilitando la posibilidad de sesiones de refuerzo si fuese necesario.

Es necesario la intervención temprana a través de la creación de programas psicológicos que aborden de forma específica las experiencias traumáticas que han vivido las mujeres a lo largo de su vida (Scott et al., 2018), puesto que “experiencias como ser víctima de violencia de género, episodios de violencia sexual, o la separación forzosa de los hijos/as, no son abordadas por un entramado que se centra en paliar sintomatologías, fundamentalmente a través de medicación” (Alonso et al., 2020, p.399).

### **3. Propuesta de intervención**

Se propone tanto el abordaje individual como el grupal. La intervención individual permite atender las particularidades de los sucesos traumáticos de cada mujer, mientras se respeta su ritmo de trabajo. El objetivo es gestionar individualmente los pensamientos, emociones, identificación de recursos internos y externos para estabilizar a la mujer y así de forma progresiva ayudar a superar el trauma. Paralelamente, la terapia grupal está enfocada a mujeres que se encuentren en el mismo punto terapéutico. Dicha terapia grupal debería iniciarse cuando se haya conseguido la estabilización de la sintomatología traumática. El grupo permite compartir experiencias y obtener un entendimiento y apoyo social necesarios para la recuperación integral de la mujer.

#### **3.1. Objetivos**

El objetivo principal de este programa es mejorar el bienestar psicológico y social de las MSH, integrando los distintos SVE en la historia de cada mujer, a la vez que se produce la sanación del trauma.

Por su parte, los objetivos específicos del programa son:

- Reducir los síntomas del TEPT-C de las MSH.
- Tomar conciencia de los factores que afectan al desarrollo de la autoestima de las MSH y modificarlos por otros más adaptativos.
- Incrementar habilidades para la facilitación del cambio personal y social en MSH.

### 3.2. Población diana

#### 3.2.1. *Criterios de inclusión*

Para conformar de forma adecuada el grupo de apoyo, se contará con la participación de 15 mujeres que presenten características y situaciones similares:

- Mujeres en situación de sinhogarismo.
- Edad: 45-65 años por ser el grupo etario de mayor afectación del sinhogarismo.
- MSH que han recurrido al sexo de supervivencia para protegerse de agresiones sexuales.
- Presencia de síntomas coherentes con TEPT-C.

Para aquellas MSH que no presenten fluidez en la comprensión y expresión en lengua castellana, sería necesario contar con la presencia de intérpretes.

#### 3.2.2. *Criterios de exclusión*

Con el objetivo de acotar las variables que atañen a las MSH para proporcionar una adecuada intervención, se establecen criterios de exclusión:

- MSH que no quieran participar. Se podría proponer un grupo para el fomento de la toma de conciencia del problema
- MSH que quieren participar pero que puedan presentar un riesgo para el resto de las participantes, debido a comportamientos violentos y disruptivos. En este caso, se podría establecer exclusivamente la participación del programa en modalidad individual.
- Niñas y adolescentes menores de edad puesto que dicha población requiere otro abordaje y metodología. Se podría adaptar la intervención acorde a su edad, generando grupos de iguales.
- Presencia de trastorno mental grave, trastorno de adicciones o patología dual, que resulte incapacitante en el momento de la aplicación del programa. Su inclusión quedará supeditado a la evolución que presenten a partir de la coordinación con recursos de atención específicos a estas patologías.



### 3.2.3. Captación de las participantes

A partir de la revisión bibliográfica se ha encontrado que vivir alguna situación de violencia sexual no es el primer problema percibido por las mujeres, por lo que muestran muchas resistencias al participar en una intervención psicológica que aborde dicha problemática. Las mujeres refieren que su prioridad es la de disponer de un alojamiento seguro tanto para ellas como para sus hijos/as (FACIAM, 2020). Es por ello, que se accederá a la población diana a través de las entidades del Tercer Sector que trabajen con esta población a través de las estrategias Housing First o Housing Led, puesto que proporcionan recursos residenciales adecuados para las mujeres.

En una fase inicial, se contactarían con dichas entidades y se informaría y ofrecería el programa. Aquellas entidades interesadas en que sus beneficiarias participen deben derivar a las posibles participantes para realizar una valoración de dichas mujeres. Se seleccionaría a las mujeres que cumplan todos los requisitos establecidos en *criterios de inclusión*, ofreciendo las alternativas propuestas en el apartado de *criterios de exclusión* para aquellas MSH que no pueden ser incluidas.

### 3.3. Metodología

Siguiendo las recomendaciones expuestas en el presente marco teórico, se va a detallar los modelos y enfoques que sustentarán la propuesta de intervención:

- **Enfoque de género:** Este enfoque analiza de forma transversal al programa los factores que mantienen y fomentan las relaciones de poder constituyentes de violencia, para poder transformarlas con la pretensión de conseguir una sociedad libre de violencia y más igualitaria en cuanto a derechos y oportunidades; visibilizando y reconociendo la diversidad individual y social. A su vez, es necesario comprender los patrones de comportamiento de hombres y mujeres en situación de sinhogarismo, puesto que nos permitirá identificar las necesidades específicas de cada colectivo (Asociación BIZITEGI, 2019).
- **Enfoque de derechos humanos** (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo [AECID], 2011): toda intervención debe estar basada en los valores y principios propios de la persona humana. Este enfoque pretende transformar las relaciones de poder que existen para corregir las discriminaciones y desigualdades que padecen las MSH, a través de su

empoderamiento y el fomento de la responsabilidad, motivación, compromiso y liderazgo. A través de este enfoque se pretende implicar una **mirada interseccional** de la realidad de las mujeres, donde quede constancia la influencia de la cultura, etnia, orientación sexual... en los proceso de exclusión social (Asociación BIZITEGI, 2019).

- **Enfoque integrativo:** dicho enfoque aúna las conceptualizaciones y beneficios de la aplicación de varias terapias (se recogerán concretamente los enfoques humanistas y cognitivo-conductuales). De esta forma, se permite el abordaje de las emociones, pensamientos, reacciones fisiológicas y conductas, estableciendo un vínculo estrecho entre cuerpo y mente, normalmente afectados por el trauma (Frewen y Lanius, 2015). Es muy importante centrarse en el significado que otorga la persona a sus vivencias para transformar la narrativa interna que influye en su sistema de creencias por otra más autocompasiva. Para ello, se debe fomentar espacios de reflexión que aumenten la conciencia y la comprensión de las vivencias y del presente propio, a la par que se potencian los recursos propios para fomentar el empoderamiento y autonomía de las MSH, y así, adquirir mayor control de su entorno ((Buelga, 2007).

El programa busca crear un espacio de apoyo fundamentado en el aprendizaje informal permitiendo un modelo de intervención integrador. Debido a la importancia del grupo, los contextos informales se adecuan más a las necesidades de las MSH, ya que en estos se trabaja definiendo metas compartidas que fomentan un aprendizaje colaborativo por medio de experiencias parecidas que fomentan el desarrollo personal (Pozo, 2014), favoreciendo un refuerzo positivo mutuo entre las integrantes.

Con relación a los modelos de intervención, se aplica en las primeras sesiones el modelo técnico, dando paso al arquetipo que se persigue, el modelo de asesoramiento experto. El modelo técnico facilita la transmisión de conocimientos y pautas de acción generales rutinarias, que permiten desarrollar aprendizajes técnicos en contextos concretos (Pozo, 2014), sin una primera autonomía por parte de las participantes. Conforme se suceden las primeras sesiones, las interacciones permiten la adaptación de los contenidos en función de las experiencias e ideas

previas de cada mujer; incrementándose la motivación intrínseca y la autonomía; y finalmente, dándose aprendizajes experienciales que favorecen la generalización.

La intervención será llevada a cabo tanto en modalidad grupal como individual, por dos profesionales de la psicología sanitaria. Ambos profesionales atenderán en conjunto a la población cuando se realice la intervención grupal, dividiéndose entre los dos la terapia individual.

### 3.4. Plan de trabajo y Cronograma de las actividades

La intervención individual se divide en cuatro fases, mientras que la intervención grupal consta de las tres últimas fases (según el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982)):

- 1) Contemplación: estabilizar a la persona y seguir motivándola para continuar con la intervención, favoreciendo de forma progresiva la toma de decisiones.
- 2) Preparación: comenzar a generar cambios en la mejora del bienestar, por ello es importante establecer vínculos saludables que apoyen el plan individual.
- 3) Acción: iniciado el plan de intervención de cada mujer, se fomenta su compromiso a través del empoderamiento y la autonomía individual y grupal.
- 4) Mantenimiento: consolidándose los cambios, se concientiza de aquellas situaciones que pueden volver a desequilibrar, por lo que se establece un plan de prevención de recaídas.

#### 3.4.1. *Intervención individual*

La intervención individual (Tabla 3) tiene una duración de 7 meses, con una frecuencia semanal de una hora. Para favorecer la flexibilización del programa, se contempla extender el programa hasta 10 meses. A estas sesiones, se sumarán 4 sesiones de seguimiento (al mes, tres meses, seis meses y al año de finalización).

**Tabla 3**

#### *Plan de Tratamiento Individual*

| Fase                                     | Objetivos                                                                                                                               | Técnicas de intervención                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Contemplación<br>(4 sesiones /<br>1 mes) | - Promover un vínculo terapéutico de confianza, seguridad y respeto para fomentar la adherencia y compromiso de las mujeres (1 sesión). | - Reflejo empático<br>- Entrevista motivacional |
|                                          | - En función de la sintomatología que presenta la mujer, ayudar a estabilizar las emociones de la mujer (2 sesiones)                    | - Ventilación emocional<br>- Reflejo empático   |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                             |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | - Hacer partícipe a la mujer de su propio proceso terapéutico, generando una actitud proactiva sobre el abordaje de la intervención (1 sesión).                                                                                                                                                                                                    | - Explicación de origen y mantenimiento.<br>- Negociación de objetivos                                                                      |
| Preparación<br>(12 sesiones / 3 meses) | - Psicoeducar en trauma y en sus consecuencias, los disparadores de los estados de hiperactivación y los mecanismos de defensa presentes (1 sesión).                                                                                                                                                                                               | - Psicoeducación en trauma y en mecanismos de defensa                                                                                       |
| Preparación<br>(12 sesiones / 3 meses) | - Integrar las experiencias traumáticas vividas en la historia de vida (5 sesiones)                                                                                                                                                                                                                                                                | - Técnicas narrativas<br>- Técnicas de exposición<br>- CFT (Gilbert, 2010)                                                                  |
|                                        | - Comprender y elaborar emociones (concretamente miedo, culpa y vergüenza) y conflictos internos de la mujer, dotando de herramientas para su autorregulación (4 sesiones).                                                                                                                                                                        | - Psicoeducación emocional<br>- ACT y CFT (autocompasión)<br>- Psicodrama, silla vacía, niña interior                                       |
|                                        | - Fomentar un espacio anclado al presente, donde se experimente el aquí y ahora del relato pasado desde la seguridad emocional (2 sesiones).                                                                                                                                                                                                       | - ACT: Mindfulness<br>- Técnicas de relajación<br>- Lugar seguro                                                                            |
| Acción<br>(8 sesiones / 2 meses)       | - Promover el diálogo interno positivo que permita desarrollar atribuciones y pensamientos adaptativos. Por un lado, trabajar los pensamientos negativos/irracionales, así como la gestión de los errores/ fracasos y las debilidades; y por otro lado, fomentar la atribución de éxitos y fortalezas a factores internos y estables (3 sesiones). | - Reestructuración cognitiva<br>- Técnicas de defusión<br>- Técnicas de exposición<br>- Role playing<br>- Habilidades sociales: asertividad |
|                                        | - Ayudar a la mujer a reconocerse como superviviente para que pueda conectar con sus fortalezas y recupere una imagen de sí misma más positiva (2 sesiones).                                                                                                                                                                                       | - Técnicas en Autoestima y autoconcepto<br>- Ventana de Johari                                                                              |
|                                        | - Desarrollar un vínculo agradable con su cuerpo (3 sesiones).                                                                                                                                                                                                                                                                                     | - Áreas de Autocuidado<br>- Técnicas de relajación                                                                                          |
| Mantenimiento<br>(4 sesiones / 1 mes)  | - Establecer un plan de protección con la mujer (2 sesiones).                                                                                                                                                                                                                                                                                      | - Listado de situaciones de riesgo y soluciones<br>- Registro de recursos                                                                   |
|                                        | - Fomentar los cambios establecidos y un estilo de vida saludable (2 sesiones)                                                                                                                                                                                                                                                                     | - Áreas de autocuidado<br>- Auto-instrucciones                                                                                              |

Nota: 1. Terapia Focalizada en la Compasión (Gilbert, 2010)

2. Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015)

#### 3.4.1.1. Desarrollo de una sesión: abordando la culpa.

A continuación, se describirá la metodología aplicada en una sesión donde se aborde la culpa desde la autocompasión y la silla vacía. Esta sesión forma parte de la fase de Preparación y tiene como objetivo “Comprender y elaborar emociones (concretamente miedo, culpa y vergüenza) y conflictos internos de la mujer, dotando de herramientas para su autorregulación.” Se estima una duración de dos sesiones. La primera sesión toma como objetivo la psicoeducación en el concepto de culpa y las implicaciones que conlleva. En dicha sesión se trabaja el “mapa de partes”, que es una representación del mundo interno de la persona, donde se representa las partes disociadas o en conflicto que identifica la persona, así como sus necesidades.

En la sesión que se va a desarrollar, se establecerá contacto con las distintas partes en conflicto de sí misma que ha identificado en la sesión anterior. Para ello. La sesión comienza aplicando una relajación guiada, favoreciendo la conexión con las sensaciones corporales y fomentando la seguridad y control de la mujer. Una vez conseguido, se da la siguiente consigna: *“Piensa en una situación que te preocupe a menudo y por el que sueles autocriticarte duramente, sintiendo gran culpa. Cuando lo tengas, asigna una silla para tu crítico interior, otra para la parte que se siente juzgada y una tercera para un observador compasivo”*. Primero se pedirá a la mujer que deje expresarse a la voz crítica y se le ayudará a analizar sus emociones y necesidades; se continuará del mismo modo con la voz juzgada. Posteriormente, se pedirá que mantengan una conversación entre ambas posturas, donde cada parte exprese sus puntos de vista y se sientan escuchadas. Finalmente, se ocupará la silla del observador compasivo, donde se hablará de la forma más amable y compasiva posible (atención al tono de voz, postura corporal...) hacia el crítico y el criticado. Si fuese posible conducir la conversación hacia una negociación de partes. Se finalizará la sesión con la práctica del abrazo compasivo. Este ejercicio se puede repetir las veces que se consideren necesarias, pero siempre realizando un cierre de la conversación, desde el agradecimiento de las partes y el abrazo compasivo.

#### 3.4.2. Intervención grupal

La intervención grupal (Tabla 4) tendrá comienzo cuando las mujeres se sientan seguras, reguladas y recuperen su funcionalidad, es decir, cuando se haya restablecido su capacidad de afrontamiento y reducido de forma parcial los mecanismos defensivos, especialmente los relacionados con los vínculos. Dicha intervención tiene prevista iniciar cuando las mujeres se encuentren en la fase de Preparación. Consta de una duración estimada de 6 meses con una frecuencia semanal de 2h.

**Tabla 4**

*Plan de tratamiento grupal*

| Fase                                   | Objetivos                                                                                                                                                                                                                   | Técnicas de intervención                                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Preparación<br>(4 sesiones /<br>1 mes) | - Promover un clima de confianza, seguridad, respeto y ayuda mutua, donde se pueda desarrollar la exposición del discurso personal y la escucha activa, para fomentar la cohesión y compromiso de las mujeres (2 sesiones). | - Técnicas grupales que fomenten el trabajo cooperativo, empatía, escucha activa |
|                                        | - Promover estrategias para la regulación emocional (2 sesiones)                                                                                                                                                            | - Arteterapia                                                                    |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acción<br>(16 sesiones/<br>4 meses)      | - Fomentar estrategias de afrontamiento saludables (4 sesiones)                                                                                                                                                                                  | - Psicodrama<br>- Solución de problemas<br>- Resolución de conflictos<br>- Role playing                            |
|                                          | - Adquirir conciencia sobre la propia identidad, necesidades y habilidades individuales (1 sesión).                                                                                                                                              | - Psicoeducación<br>- Análisis transaccional                                                                       |
|                                          | - Concienciar de la propia autoestima de la mujer, y trabajar la motivación y la disponibilidad al cambio para su futuro desarrollo (5 sesiones).                                                                                                | - Árbol de fortalezas<br>- Balance de decisión motivacional                                                        |
|                                          | - Tomar conciencia de los factores biopsicosociales que influyen en la autoestima, haciendo hincapié en la socialización diferencial, y la importancia del género en el desarrollo del autocuidado y la autovaloración de la mujer (2 sesiones). | - Psicoeducar: sexo, género, roles y estereotipos de género<br>- Exposición<br>- Áreas de autocuidado              |
|                                          | - Dotar a las mujeres de las herramientas necesarias para desarrollar una comunicación asertiva que les permita defender y expresar sus derechos, necesidades y deseos (4 sesiones).                                                             | - Psicoeducación en asertividad, estilos de comunicación y derechos.<br>- Role playing<br>- Análisis transaccional |
| Mantenimiento<br>(4 sesiones /<br>1 mes) | - Fomentar la autonomía, independencia y proyecto personal propio.                                                                                                                                                                               | - Técnicas de exposición<br>- Coordinación con otros profesionales: asesoramiento laboral, trabajado social...     |

### 3.5. Evaluación de la intervención

Debido a la imposibilidad de asignar al azar a las participantes por cuestiones éticas, así como controlar el orden de aplicación de la variable independiente, dicho programa se incluye dentro del diseño cuasiexperimental pre-post. Por otro lado, el programa no cuenta con un grupo cuasicontrol por la urgencia de atender a las MSH interesadas, siempre que cumplan los requisitos establecidos, debido a las resistencias y posibles abandonos de esta población en la participación y seguimiento de los tratamientos.

Los instrumentos utilizados para su posterior análisis e interpretación son:

- Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo et al., 2020): instrumento compuesto por 5 categorías: validez, estrés postraumático, síntomas, alteración en las creencias y deterioro de funcionamiento (Anexo B); con 180 ítems tipo Likert de 5 puntos para evaluar el impacto psicológico del trauma. Consta de elevada validez convergente – discriminante con pruebas como SIMS, EGEF-5, MMPI-2-RF, PAI; consistencia interna de 0,81 y test-retest de 0,87 (COP, 2021).
- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965): instrumento de 10 ítems tipo Likert que evalúa la autoestima. Consta de consistencia interna entre 0'76-

0'87 y fiabilidad 0'80 (COP, s.f.). La puntuación máxima es de 40 puntos, siendo las puntuaciones inferiores a 25 una baja autoestima.

- Cuestionario ad hoc de Satisfacción (Anexo C): cuestionario tipo Likert y con preguntas abiertas para evaluar el grado de adherencia y la satisfacción con los/las profesionales, el contenido trabajado... a su vez permitirá conocer las técnicas, estrategias y conocimientos adquiridos .

#### **4. Análisis de datos**

Para evaluar el supuesto de normalidad de las variables seleccionadas (Tabla 5), se aplicará la prueba de Shapiro-Wilk por la muestra reducida.

En el caso de que se cumplan los supuestos de normalidad y con el objetivo de conocer si ha habido diferencias significativas en cuanto a la sintomatología de las mujeres antes y después del tratamiento propuesto, se propone el análisis de los resultados a través de la prueba t de Student de comparación de medias para muestras relacionadas. Con el interés de obtener información sobre el tamaño del efecto, se incluiría la d de Cohen. Sin embargo, si no se cumplen dichos supuestos se haría un análisis no paramétrico a través de la U de Mann-Whitney y para el tamaño del efecto se aplicaría Probabilidad de Superioridad. Los datos se analizarán mediante el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

#### **5. Resultados**

El resultado esperado será coherente con la aplicación de un contraste paramétrico, obteniendo los resultados de la Tabla 5.

A continuación, se presentan las medias esperadas antes y después del tratamiento. Se puede observar, una reducción de las medidas postratamiento en las escalas asociadas a la sintomatología traumática, siendo el *Deterioro en el funcionamiento* ( $81.4 > 69.27$ ,  $p=.000$ ) e *Intrusión* ( $79.27 > 68.33$ ,  $p=.000$ ) las escalas que más se han reducido tras la intervención. Mientras que la media postratamiento de la escala de autoestima ha mejorado con respecto a la media pretratamiento ( $26.2 > 19.47$ ,  $p=.000$ ), demostrando un aumento de la autoestima en el grupo.

Se determina que las diferencias de medias obtenidas en las distintas escalas son estadísticamente significativas ( $p \leq .05$ ). El tamaño del efecto es moderado en todas las variables ( $.50 < r < .70$ ), con excepción de la autoestima que hace referencia a un pequeño efecto ( $r(.44) < .49$ ).

**Tabla 5***Resultados esperados en Prueba t de Student pre- y postratamiento*

| Escala                           | M pre | DTpre | M post | DTpost | t      | p    | r    |
|----------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|------|------|
| Estrés postraumático total       | 81.93 | 7.35  | 70.00  | 4.79   | -8.86  | .000 | 0.69 |
| Intrusión                        | 79.27 | 4.87  | 68.33  | 5.07   | -10.83 | .000 | 0.74 |
| Evitación                        | 80.53 | 5.72  | 72.33  | 5.92   | -8.08  | .000 | 0.58 |
| Alt. Cognitiva y estado de ánimo | 79.80 | 4.44  | 72.80  | 5.51   | -7.17  | .000 | 0.57 |
| Alt. Activación y reactividad    | 78.80 | 4.30  | 72.27  | 5.32   | -6.42  | .000 | 0.56 |
| Disociación                      | 79.93 | 4.35  | 73.47  | 4.45   | -9.48  | .000 | 0.59 |
| Centralidad del acontecimiento   | 77.80 | 5.83  | 66.93  | 9.80   | -6.05  | .000 | 0.56 |
| Alt. Creencias                   | 81.20 | 5.68  | 66.73  | 7.74   | -9.77  | .000 | 0.73 |
| Deterioro en el funcionamiento   | 81.40 | 5.29  | 69.27  | 5.65   | -13.91 | .000 | 0.74 |
| Autoestima                       | 19.47 | 6.39  | 26.20  | 7.16   | 6.13   | .000 | 0.44 |

*Nota:* N=15 mujeres. Se ha determinado el nivel de significación en  $p \leq .05$

El Cuestionario de Satisfacción se analizará cualitativa y cuantitativamente, obteniendo la estimación de los siguientes resultados:

Contenido: variabilidad de respuesta en las técnicas y estrategias adquiridas. Por otro lado, aumento de la concienciación de sus vivencias y las consecuencias derivadas. Finalmente, se percibe de forma favorable los contenidos, al igual que el manejo de actividades teórico-prácticas.

Profesional: se valoró de forma favorable el papel de los profesionales, desde la precisión del abordaje de la materia, como el nivel de respuestas ante las cuestiones que surgieron durante el programa.

Condiciones: altas puntuaciones en cohesión grupal, mostrando un buen clima, un alto grado de implicación y confianza entre las mismas. Por otro lado, muestran preferencia por el trabajo individual en cuanto al abordaje de sus SVE, mientras que prefieren el grupo para el desarrollo de habilidades sociales.

Satisfacción general del programa: alto grado de cumplimiento con los objetivos específicos establecidos por las participantes. Por otro lado, presentan variabilidad de respuesta en cuanto a la mejora autopercebida del bienestar tras el programa.

Finalmente, es importante ser conscientes de la alta probabilidad de abandonos durante el desarrollo de los programas, que pueden afectar a los resultados estimados.



## **6. Discusión**

El programa persigue promover el bienestar psicológico y social de las MSH a través de la reducción de la sintomatología asociada al TEPT-C por la coyuntura del sinhogarismo y el sexo de supervivencia; del fomento de la autoestima y de competencias que promueven el cambio. Para ello, el trabajo se enmarca en un abordaje terapéutico integrativo a partir de una intervención individual y grupal desde la perspectiva de género y de la interseccionalidad.

A partir de la metodología propuesta, se espera la reducción de la sintomatología del TEPT-C en las MSH, mejorando su bienestar a través del desarrollo de habilidades personales y sociales, destacando un incremento en la autoestima personal tras la finalización de las sesiones.

El programa destaca por fomentar las relaciones individuo-grupo para la intervención en la construcción del bienestar, así como concienciar y fomentar la propia autoestima a través del desarrollo de habilidades que preserven la capacidad de afrontamiento y regulación de las mujeres. No olvidemos, que la autoestima se construye desde la comparación con el endogrupo (Massenzana, 2017), por lo que generar espacios donde se potencien los recursos individuales a través del apoyo y la validación del grupo, permite que las mujeres se sientan actrices de su propio bienestar. Por otro lado, el grupo favorece la reestructuración y la exposición de las creencias negativas hacia los demás, al igual que la consecución de metas supraordenadas (Sherif y Sherif, 1953).

La aplicación de la terapia integradora y de los principios de la TIC y NICE, ayuda a la reducción de la sintomatología del TEPT-C, al facilitar la integración de los SVE desde técnicas que reducen la exposición al evento traumático, sin perder la eficacia en la intervención (Sloan et al., 2015). Conjuntamente, la transversalidad de la interseccionalidad y del enfoque de género a lo largo del programa, favorece la atención de la diversidad individual y promueve la flexibilidad necesaria para atender la problemática de las MSH desde su propia experiencia y desde el entorno en el que se hayan inmersas.

El abordaje de los objetivos propuestos empodera a las mujeres al sentirse reguladas y seguras de sí mismas y de su entorno; desarrollando habilidades que

favorezcan su integración en la sociedad al haber puesto el énfasis de la intervención en la potenciación de sus recursos individuales y grupales. Asimismo, se potencia el apoyo social entre las propias MSH. La creación de espacios para MSH permite la generación de una red de mujeres de apoyo y sostén para las vivencias futuras, donde se puedan potenciar los recursos necesarios para el afrontamiento adecuado de las diversas problemáticas. Si estos espacios se desarrollan dentro de instituciones y entidades sociales, se facilita la creación de una red de apoyo formal que brinde a dichas mujeres los recursos necesarios (residenciales, laborales...) para fomentar los factores de protección y con ello el fin de la victimización a la que se ven sometidas.

Además de los beneficios, es importante atender también a las limitaciones encontradas en el programa. Por un lado, los resultados estimados no se pueden contrastar con los obtenidos por otras investigaciones debido a que no se han encontrado publicaciones que intervengan con mujeres con características similares a las que este trabajo se dirige, ni desde los mismos enfoques de intervención. Por tanto, la escasez de estudios e intervenciones con MSH que han sufrido violencia sexual hace necesario la profundización en esta problemática social.

Por otro lado, la carencia de un grupo control no permite concluir de forma fehaciente que la obtención de los objetivos del programa se deba de forma exclusiva a la intervención propuesta, puesto que no podemos eliminar la presencia del efecto placebo entre otras variables. A su vez, el tratamiento está planteado para que todas las mujeres reciban la misma intervención como un solo grupo, por lo que imposibilita la aleatorización de la muestra, obteniendo menos elementos de análisis en el estudio. Finalmente, es necesario considerar los abandonos de las mujeres participantes, lo que reduciría aún más la representatividad de la muestra.

Se concluye la necesidad de crear programas, como el propuesto, que aborden de forma adecuada las experiencias traumáticas de las MSH derivadas de la violencia sexual. A partir de los resultados presentados, se pone de manifiesto la influencia del tratamiento propuesto y se espera que dé respuesta a las necesidades desprovistas por las instituciones y entidades sociales, así como que contribuya a la eliminación de la invisibilización que sufren las MSH.

## 7. Referencias

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo [AECID]. (2011). *El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores*. Red EnDerechos. <https://onx.la/24f31>
- Alonso, A., Palacios, J., & Iniesta, A. (2020a). Mujeres sin hogar en España. Narrativas sobre género, vulnerabilidad social y efectos del entramado asistencial. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales* 15 (2), 375-404. <https://doi.org/10.14198/OBETS2020.15.2.01>
- Alonso, A., Palacios, J., & Iniesta, A. (2020b). Experiencias de victimización en mujeres sin hogar del sur de España. *Revista Murciana de Antropología* 27, 97-110. <https://dx.doi.org/10.6018/rmu/435701>
- Antón, J. (2022). *Perspectiva de género en el sinhogarismo. Un proyecto de arte desde la Terapia Ocupacional* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN UNIZAR. <https://zaguan.unizar.es/record/118336/files/TAZ-TFG-2022-3305.pdf>
- Arredondo, R., Palma, M.O., & Jiménez, J.J. (2021, marzo). *El sinhogarismo, una cuestión de Derechos Humanos* [Presentación en panel]. VIII Congreso de Red Española de Política Social, Bilbao, España. <https://hdl.handle.net/10630/22193>
- Asociación Aires (2022). *Proyectos. Un gran equipo al servicio de las personas*. <https://airesasociacion.org/proyectos/>
- Asociación BIZITEGI (2019). *Estudio sobre la realidad de las mujeres en situación de exclusión residencial*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://goo.su/lyyG>
- Asociación Realidades (2021 noviembre). *Intervención social*. <https://goo.su/zsAX>
- Bados, A. (2017). Trastorno por estrés postraumático [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. OMADO. <http://hdl.handle.net/2445/115725>
- Baile, J.I., & Rabito, M.F. (2020). *Tratando trastorno por estrés postraumático*. Pirámide.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Edisa
- Botana, C. (2021). La disidencia sobrevenida de habitar lo público. *Crítica Urbana* 18, 11-14. <https://onx.la/f691a>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review* 103(4), 670-686. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670>
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil (Dir.), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (pp.154-173). Prensas de la Universidad de Zaragoza.

- Cáceres, E., Labrador, F., Ardilla, P., & Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina* 5(2), 13-31. <https://goo.su/U9uPz>
- Clifton, E. G., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2017). Anger and guilt in treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.05.003>
- Colegio Oficial de Psicólogos (s.f.). *Escala de autoestima de Rosenberg*. <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
- Colegio Oficial de Psicólogos (2021). *Evaluación de Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)*. [https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/CIT\\_evaluacion\\_COP.pdf](https://www.cop.es/uploads/PDF/2021/CIT_evaluacion_COP.pdf)
- Council of Europe (2010). *Protecting women against violence: Analytical study of the results of the third round of monitoring the implementation of Recommendation Rec(2002)5 on the protection of women against violence in Council of Europe member states*. Gender Equality Division. <https://goo.su/DmF2>
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2020). *CIT. Cuestionario del Impacto del Trauma*. TEA Ediciones.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2021). *Evaluación del impacto de las situaciones traumáticas: CIT* [Webinar]. TEA Ediciones. [https://www.youtube.com/watch?v=JRU7L4k98uQ&ab\\_channel=HogrefeTEAEdiciones](https://www.youtube.com/watch?v=JRU7L4k98uQ&ab_channel=HogrefeTEAEdiciones)
- De Inés, A., Guzmán, G., Verdaguer, M., & Contreras, M. (2019). *Diagnosi 2019. El sensellarisme a Barcelona. Evolució i joves en situació de sensellarisme*. Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar.
- De la Cruz, M.A., Peña, M.E., & Andreu, J.M. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 26(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.12.001>
- De Vicente, A. (2015). *Aspectos psicológicos e inmunológicos en personas sin hogar: evaluación e intervención mediante la técnica de reexperimentación emocional* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/33706/>
- Díaz, M. (2014). *Mujeres sin hogar. Aproximación teórica a una situación de desprotección, vulnerabilidad y exclusión*. (Informe 9). Institut de Ciències Polítiques y Socials. Universidad Autònoma de Barcelona. <https://goo.su/ZNMA>
- Domínguez, M. (2022). *Sinhogarismo invisible: Las mujeres sin hogar* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. UVaDOC. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/56967>

- Duncan, M. (2018). Taking art therapy outside of the studio: bringing creativity and care to women within a Boston homeless shelter. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 103, 1-3.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar el trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer. (2016). *La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género* (Informe 37). <https://onx.la/91ad4>
- FACIAM (2020). Las otras “pandemias” que afectan a las mujeres sin hogar [webinar]. <https://onx.la/417e1>
- FACIAM (2022). Red de Entidades. <https://faciam.org/red-de-entidades/>
- FEANTSA. (2007) Homelessness and domestic violence. Brussels: FEANTSA.
- FEANTSA (2019). *Women experiencing violence and homelessness: interlinked and unaddressed gender specific needs*. Brussels: FEANTSA.
- Foa, E. B., & Kozak, M.J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. En A. H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (págs. 421-452). Erlbaum.
- Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self. Consciousness, neuroscience, treatment*. Norton and Company, Inc
- Gámez, T. (2018). *Personas sin hogar: un análisis de género del sinhogarismo*. Umaeditorial.
- García, I. (2013). Mujeres sin hogar. Principales causas y líneas de investigación. *Miscelánea Comillas* 70(136). <https://onx.la/55259>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Guijarro, L. (2020). *Mujeres sin hogar: rompiendo la invisibilidad*. SJD Serveis Socials – Barcelona. <https://goo.su/WgeXQD>
- Habigzang, L.F., Petersen, M.G.F., & Maciel, L.Z. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas* 13(2), 249-264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*. The Guildford Press.
- Hogar sí (2020). *El sinhogarismo en la agenda 2030*. <https://onx.la/6baaf>
- Hooper, E.K., Bassuk, E.L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal* 3, 80-100. <https://doi.org/10.2174/1874924001003020080>

- Instituto Nacional de Estadística (2012). Encuesta a las personas sin hogar. *Notas de prensa*. <https://www.ine.es/prensa/np761.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta a las personas sin hogar. *Notas de prensa*. [https://www.ine.es/prensa/epsh\\_2022.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf)
- Institute of Global Homelessness (2018). *Visión General del Sinhogarismo Global y Estrategias para el Cambio Sistémico*. <https://onx.la/a11f6>
- Janet, P (1919). *Psychological healing*. Macmillan.
- Johnson, G., & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work*, 61, 342 - 356.  
<https://doi.org/10.1080/03124070802428191>
- Johnson, G., Ribar, D.C., & Zhu, A. (2017). *Women's Homelessness: Internacional Evidence on Causes, Consequences, Coping and Policies* (IZA DP No.10614). Institute of Labor Economics. <https://onx.la/8d338>
- Kaslow, N.J., Leiner, A.S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., Rhodes, M., Gantt, M.J., Senter, H., & Thompson, M.P. (2010). Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *J Consult Clin Psychol*. 78(4):449-458. <https://doi.org/10.1037/a0019692>.
- Kerker, B.D., Bainbridge, J., Kennedy, J., Bennani, Y., Agerton, T., Marder, D., Forgione, L., Faciano, A., & Thorpe, L.E. (2011) A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001-2003. *Am J Public Health* 101 (3), 546-53.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.193102>
- Lauren, J. (2014). The Cost of Seeking Shelter: How Inaccessibility Leads to Women's Underutilization of Emergency Shelter. *Journal of Poverty*, 18(3) 254-274.  
<https://doi.org/10.1080/10875549.2014.923966>
- Lecannelier, F. (2014). *El trauma oculto en la infancia: Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Ediciones B.
- Lenz, A. S., Haktanir, A., & Callender, K. (2017). Meta-analysis of trauma-focused therapies for treating the symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling & Development* 95, 339-353. <https://doi.org/10.1002/jcad.12148>
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Finding the body in the mind. Embodied memories, trauma and depression*. Karnac books Ltd.
- Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. *Boletín Oficial del Estado*, 167. <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/07/12/15/con>
- Lozano, J.F., Gómez de Terreros, M., Avilés, I., & Sepúlveda, A. (2017). Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres víctimas de violencia sexual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 82-91. <https://goo.su/ziBPFhb>

- Lyon, V. (2016). Medicalizing homelessness: the production of self-blame and self-governing within homeless shelters. *Medical Anthropology Quarterly* 14 (3), 328-345.  
<https://doi.org/10.152/maq.2000.14.3.328>
- Madden, J. (2017). *Inter-Organizational Collaboration by Design*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315468617>
- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y Autoestima: ¿Sinónimos o constructos complementarios? *PSOCIA* 3(1), 39-52. <https://onx.la/82215>
- Matulič, M.V., Munté, A., & De Vicente, I. (2020) Sinhogarismo Femenino: Una Aproximación a la Intersección entre Género, Edad y Procesos Migratorios. *Research on Ageing and Social Policy*, 8 (1), 57-85. <https://doi.org/10.17583/rasp.2020.4724>
- Mbilinyi, L. (2015). *The Washington State Domestic Violence Housing First Program. Cohort 2 Agencies. Final Evaluation Report*. University of Washington. <https://goo.su/R3uqKu>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda (2030). *Evaluación Intermedia de la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (2015-2020)*. <https://goo.su/lrlHT>
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. Wiley
- Mullick, P.S., Landes, S.J., & Kanter, J.W. (2011). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 7, 23-31. <https://doi.org/10.1037/h0100923>
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. Times Books.
- Muñoz, M., & Cordero, N. (2017). Derechos humanos, trabajo social y sinhogarismo. Enfoque práctico desde un modelo participativo-creativo con personas sin hogar. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* 6, 57-67.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nieto, I., & López, M.C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea* 7, 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Novelo, G. (2008). La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Psicología Iberoamericana* 16, 44-51. <https://goo.su/a73Qv1K>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades 11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- Pardo, A. (2021). *Mujeres sin hogar. El teatro como herramienta de empoderamiento e integración social* [Tesis doctoral, Universidad Católica San Antonio]. RIUCAM.  
<http://hdl.handle.net/10952/5074>
- Peréz de Madrid, A., Belchí, C., & Mateos, A. (2019). *Investigación-Acción Mujeres Invisibles: Una mirada a las violencias y la exclusión*. Asociación Aires.



- Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental* 20, 29-36. <https://goo.su/Fk15pCb>
- Pozo, J.I. (2014). *Psicología del aprendizaje humano: adquisición de conocimiento y cambio personal*. Morata.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-278.
- Quilgars, D., & Pleace, N. (2010). *Meeting the needs of households at risk of domestic violence in England. The role of accommodation and housing-related support services*. Communities and Local Government. <https://onx.la/6db40>
- Resick, P.A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Department of Veterans' Affairs. <https://goo.su/qFCiC>
- Rodriguez-Moreno, S., Vázquez, J.J., Roca, P., & Panadero, S. (2020). Differences in stressful life events between men and women experiencing homelessness. *Journal of Community Psychology*, 375-389. <https://doi.org/10.1002/jcop.22465>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Santandreu, M., & Ferrer, V.A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral Psychology* 22(2), 239-256. <https://cutt.ly/q28UM9c>
- Scott, K. M., Koenen, K. C., King, A., Petukhova, M. V., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., De Jonge, P., Haro, J. M., Karam, E. G., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Sampson, N. A., Shahly, V., Stein, D. J., Torres, Y., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 48(1), 155-167 <https://doi.org/10.1017/S0033291717001593>
- Sherif, M., & Sherif, C.W. (1953). *Groups in harmony and tension; an integration of studies of intergroup relations*. Harper & Brothers.
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G., & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 5, 176-183. <https://doi.org/10.1037/a0026291>
- Soto, W.G., Irazu, D., Mayela, S., Guzmán-Díaz, G., & Cisneros-Herrera, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución del TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula* 9(1), 1-10. <https://n9.cl/e6myz>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. <https://n9.cl/l18zl>



- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2021). *A Safe Space for Survivors of Domestic Violence*. <https://cutt.ly/m28lyxY>
- Teruya, C., Longshore, D., Andersen, R.M., Arangua, L., Nyamathi, A., Leake, B., & Gelberg, L. (2010). Health and health care disparities among homeless women. *Women & Health*, 50(8), 719-736. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.532754>
- Tran, U. S., & Gregor, B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A metaanalytical evaluation of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0979-2>
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Martín, R. M. (2015). Regional and national differences in stressful life events: The role of cultural factors, economic development, and gender. *American Journal of Orthopsychiatry* 85, 392-396.
- Vázquez, J. J., Suarez, A. C., Berríos, A. E., & Panadero, S. (2021). Intersecting vulnerabilities, intersectional discrimination, and stigmatization among people living homeless in Nicaragua. *Social Science Quarterly* 102(1). <https://doi.org/10.1111/ssqu.12879>
- Velasco, P.R. (2020). *Trauma Informed Care: Implicancias para la Atención Primaria en Salud* [Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/46083>
- Warf, C. W., Clark, L. F., Desai, M., Rabinovitz, S. J., Agahi, G., Calvo, R., & Hoffmann, J. (2013). Coming of age on the streets: Survival sex among homeless young women in Hollywood. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1205–1213. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.013>
- Whaley, J.A., De la Cruz, M., & Cerda De la O, B. (2018). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia sexual. En R. Guadarrama y N. Torres (Eds.), *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente* (págs. 85-108). Universidad Autónoma del Estado de México.

## Anexo A

### Definición de personas sinhogarismo

| Personas sin alojamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Personas que viven en alojamientos temporales o de crisis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Personas que viven en alojamiento gravemente inadecuado e inseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1A</b> Personas que duermen en las calles o en otros espacios abiertos (como parques, vías de ferrocarril, debajo de puentes, en las aceras, a la orilla de los ríos, en los bosques, etc.)</p> <p><b>1B</b> Personas que duermen en espacios públicos techados o edificios no pensados para ser habitados por personas (como autobuses y estaciones de tren, paradas de taxis, edificios abandonados, edificios públicos, etc.)</p> <p><b>1C</b> Personas que duermen en sus automóviles, bicitaxis, barcos de pesca y otros transportes.</p> <p><b>1D</b> "Habitantes de las calles" – individuos o familias que viven en la calle en un lugar fijo específico, normalmente en algún tipo de cubierta improvisada.</p> | <p><b>2A</b> Personas quedándose en albergues nocturnos (donde cada noche los tienen que renegociar su alojamiento).</p> <p><b>2B</b> Personas viviendo en hoteles u otro tipo de acomodaciones temporales para personas sin hogar o en situación de calle (donde los residentes tienen una cama o habitación designada).</p> <p><b>2C</b> Mujeres y niños viviendo en refugios para víctimas de violencia doméstica.</p> <p><b>2D</b> Personas viviendo en campamentos para "personas desplazadas internamente" por ejemplo, aquellas que han dejado sus hogares como resultado de conflictos armados, desastres naturales o causados por el hombre, violación de los derechos humanos, desarrollo de proyectos, etc., pero no han cruzado fronteras internacionales.</p> <p><b>2E</b> Personas viviendo en campamentos o centros de recepción o de acomodación temporal para quienes buscan asilo, refugiados y otros inmigrantes.</p> | <p><b>3A</b> Personas compartiendo con amigos y familiares de manera temporal.</p> <p><b>3B</b> Personas viviendo bajo amenaza de violencia.</p> <p><b>3C</b> Personas viviendo en hoteles baratos, alojamientos de cama y desayuno y/o similares.</p> <p><b>3D</b> Ocupantes ilegales de viviendas convencionales.</p> <p><b>3E</b> Personas residiendo en viviendas convencionales que no son aptas para la habitación humana.</p> <p><b>3F</b> Personas viviendo en remolques, caravanas y tiendas de campaña.</p> <p><b>3G</b> Personas viviendo en condiciones de hacinamiento.</p> <p><b>3H</b> Personas viviendo en edificios no convencionales y estructuras temporales, incluyendo aquellas personas que viven en asentamientos informales o barrios marginales.</p> |

Fuente: Institute of Global Homelessness (2018)

## Anexo B

### Escalas del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)

| ESCALAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| 1. Estrés postraumático total                 |  |
| 2. Intrusión                                  |  |
| 3. Evitación                                  |  |
| 4. Alteración cognitiva y del estado de ánimo |  |
| 5. Alteración activación y reactividad        |  |
| 6. Disociación                                |  |
| 7. Centralidad del acontecimiento             |  |

| ESCALAS DE SÍNTOMAS           |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| AREA INTERNALIZANTE           | AREA EXTERNALIZANTE             |
| 1. Problemas somáticos        | 11. Abuso de sustancias         |
| 2. Alteraciones del sueño     | 12. Conductas de riesgo         |
| 3. Ansiedad                   | 13. Autolesiones                |
| 4. Desregulación emocional    | 14. Ideación y conducta suicida |
| 5. Dependencia emocional      | 15. Ira                         |
| 6. Rumiación                  |                                 |
| 7. Depresión                  |                                 |
| 8. Desconexión social         |                                 |
| 9. Malestar sexual            |                                 |
| 10. Alt. conducta alimentaria |                                 |

| ESCALAS DE ALTERACIONES EN LAS CREENCIAS          |
|---------------------------------------------------|
| 1. Creencias negativas sobre los demás            |
| 2. Creencias negativas sobre el mundo y el futuro |
| 3. Creencias negativas sobre uno mismo            |
| 4. Creencias negativas de culpa                   |
| 5. Autosabotaje                                   |

| ESCALA DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO |
|---------------------------------------|
| 1. Deterioro en el funcionamiento     |

| ESCALAS DE VALIDEZ O CONTROL |
|------------------------------|
| ❖ Omisiones                  |
| 1. Inconsistencia            |
| 2. Distorsión negativa       |

Fuente: Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2021)

