



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

**Caso clínico:
Violencia psicológica,
dependencia emocional e
insatisfacción corporal.
Una intervención desde
la Terapia de Aceptación
y Compromiso.**

Alumna: Estrella Velasco Rodríguez

Tutora: Beatriz Montes Berges

Fecha: 24 de Junio de 2021

Agradecimientos

Gracias al director del Máster, José Antonio Muela Martínez, por todos sus esfuerzos para que el aprendizaje en sus alumnos de Máster no se viera flaqueado en época de Covid-19.

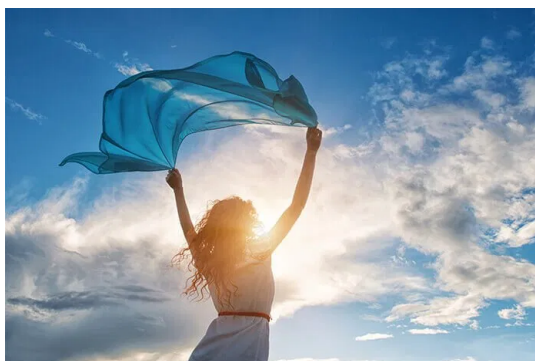
A todos los profesores y profesoras que me han brindado su conocimiento y experiencia para poder ir creciendo en mi ámbito profesional desde que comenzó mi formación como Psicóloga Sanitaria, en especial a Mónica Hernández López y a Silvia Moreno Domínguez.

A todos aquellos estudiantes de la UJA que depositan su confianza en el Gabinete y en los alumnos de prácticas que estamos ejerciendo la profesión de Psicología por primera vez, en particular, a mi paciente, gracias por involucrarte tanto en la terapia y por tu consentimiento para que realizara el TFM con tus datos. En esta intervención, he aprendido que la ayuda es recíproca y que los pacientes también enseñan mucho a los terapeutas.

A todos mis compañeros de Máster, que siempre estuvieron presentes, resolviendo dudas de forma online.

A mi familia y amigos/as, por el apoyo incondicional que me han brindado, especialmente los que han convivido día a día conmigo.

Y, por último, gracias a mi tutora, Beatriz Montes Berges, por estar disponible siempre que lo he necesitado, a pesar de tener muchas responsabilidades y por apoyarme en cada dificultad que se ha presentado.



*No hay mejor manera de ser libre,
que estar abierto a todo lo que venga*

Nota: Adaptado de Instituto Contacto Emocional
(2018)

Resumen

Actualmente, existen multitud de personas víctimas de violencia ejercida en la pareja y se encuentra íntimamente vinculada con la dependencia emocional. Sin embargo, se hallan muy pocas estadísticas sobre dichos factores entre parejas con la misma identidad de género. No obstante, diversos estudios muestran mayor prevalencia en parejas de la misma identidad de género. Asimismo, los cánones de belleza impuestos en las últimas décadas son muy estrictos, por lo que son muy comunes los problemas de insatisfacción corporal. Para tratar estas dificultades tan habituales en la población, se ha demostrado la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Así, el objetivo del presente estudio se basa en exponer un caso de una joven que sufrió violencia psicológica, dependencia emocional e insatisfacción corporal, en el que se llevó a cabo una intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se realizó una evaluación exhaustiva antes y después del tratamiento con diversos cuestionarios que plasmaron las diferencias conseguidas. Los resultados obtenidos corroboraron los estudios anteriores respecto a la eficacia de esta terapia. Sin embargo, cabe destacar la importancia de desarrollar futuras investigaciones que muestren su eficacia a largo plazo.

Palabras clave: violencia psicológica, dependencia emocional, parejas con la misma identidad de género, insatisfacción corporal, Terapia de Aceptación y Compromiso

Abstract

Currently, there are many victims of partner violence and it is closely linked to emotional dependence. However, very few statistics are found on such factors among partners of the same gender identity. Nevertheless, several studies show a higher prevalence in same gender identity partners. In addition, the beauty standards imposed in recent decades are very strict, so that problems of body dissatisfaction are very common. In order to treat these common difficulties in the population, Acceptance and Commitment Therapy has been shown to be effective. Therefore, the objective of this study is based on the case of a young woman who suffered psychological violence, emotional dependence and body dissatisfaction, in which an Acceptance and Commitment Therapy intervention was carried out. An exhaustive evaluation was conducted before and after the treatment with various questionnaires that reported the differences. The results obtained corroborated previous studies regarding the effectiveness of this therapy. However, it is important to develop future research to show its long-term efficacy.

Keywords: psychological violence, emotional dependence, same gender identity partners, body dissatisfaction, Acceptance and Commitment Therapy

Índice

1. Marco teórico.....	8
1.1 Violencia en las relaciones de pareja.....	8
1.1.1 Formas de violencia.....	9
1.1.2 Violencia y dependencia emocional.....	9
1.1.3 Violencia y dependencia emocional en parejas con la misma identidad de género.....	10
1.2 Insatisfacción corporal.....	11
1.3 Relación entre violencia en la pareja, dependencia emocional e insatisfacción corporal.....	12
1.4 Intervención: Una propuesta desde ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso).....	12
1.4.1 Intervención en dependencia emocional e insatisfacción corporal desde ACT.....	14
2. Presentación de un caso clínico.....	16
2.1 Método.....	16
2.1.1 Descripción de la demanda del cliente.....	16
2.1.2 Diseño y formato de terapia psicológica con M.....	16
2.1.3 Evaluación.....	17
2.1.3.1 Entrevista semiestructurada.....	17
Antecedentes históricos familiares.....	17
Antecedentes históricos de M.....	18
Relaciones sociales.....	18
Ámbito académico/laboral.....	18
Relación consigo misma.....	18
Relaciones sentimentales.....	18
Gustos y aficiones.....	19
2.1.3.2 Cuestionarios.....	19
Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE).....	19
Cuestionario de Violencia entre novios versión reducida (CUVINO-R).....	20
Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.....	20

Test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción	
Corporal.....	21
2.1.3.3 Análisis funcional.....	22
2.1.4 Hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas problemáticas.....	26
2.1.4.1 Conductas disfuncionales de M. en la relación de pareja.....	26
Hipótesis de origen.....	26
Hipótesis de mantenimiento.....	27
2.1.4.2 Conductas disfuncionales de M. respecto a su imagen corporal.....	29
Hipótesis de origen.....	29
Hipótesis de mantenimiento.....	30
2.1.5 Objetivos.....	32
2.1.5.1 Objetivos clínicos referidos a las conductas problemáticas entorno a la pareja.....	33
2.1.5.2 Objetivos clínicos acorde a la insatisfacción corporal.....	33
2.1.6 Intervención.....	33
2.1.6.1 Programa de intervención basado en las conductas problemáticas respecto a la pareja.....	34
Toma de conciencia sobre las conductas propias de maltrato psicológico.....	34
Disminuir la dependencia emocional hacia la pareja	36
2.1.6.2. Programa de intervención basado en la insatisfacción corporal.....	37
Eliminar la insatisfacción corporal y las posibles conductas de riesgo y reducir las conductas de evitación y de comprobación.....	38
2.2 Resultados y seguimiento.....	41
2.3 Discusión.....	46
2.4 Conclusiones y limitaciones.....	47
3. Referencias bibliográficas.....	48
4. Anexos.....	57

Índice de anexos

<i>Anexo I. Documento de consentimiento y confidencialidad.....</i>	<i>57</i>
<i>Anexo II. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE).....</i>	<i>58</i>
<i>Anexo III. Cuestionario de Violencia entre Novios versión reducida (CUVINO-R).....</i>	<i>60</i>
<i>Anexo IV. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.....</i>	<i>61</i>
<i>Anexo V. Cuestionario de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal.....</i>	<i>62</i>
<i>Anexo VI. Contrato de compromiso terapéutico.....</i>	<i>66</i>
<i>Anexo VII. Autorregistro sobre las conductas de su pareja que no quiere permitir y qué hace ante ellas.....</i>	<i>67</i>
<i>Anexo VIII. Autorregistro sobre situaciones en las que se toma decisiones y se actúa en función de los valores.....</i>	<i>68</i>
<i>Anexo IX. Autorregistro diario de las conductas de comprobación.....</i>	<i>69</i>
<i>Anexo X. Autorregistro diario de las conductas de riesgo.....</i>	<i>70</i>
<i>Anexo XI. Autorregistro diario de las conductas de evitación.....</i>	<i>71</i>
<i>Anexo XII. Gráfica sobre el nivel de malestar del 1 al 10 respecto a la imagen corporal.....</i>	<i>72</i>
<i>Anexo XIII. Nivel de intensidad de las emociones.....</i>	<i>73</i>

Índice de ilustraciones

Índice de cuadros

Cuadro 1. Estructura de las sesiones terapéuticas.....	17
Cuadro 2. Análisis funcional sobre las conductas problemáticas respecto a la relación de pareja.....	22
Cuadro 3. Análisis funcional sobre las conductas problemáticas respecto a la imagen corporal.....	24
Cuadro 4. Hipótesis de origen de las conductas disfuncionales respecto a la relación de pareja.....	26
Cuadro 5. Hipótesis de mantenimiento de las conductas disfuncionales.....	27
Cuadro 6. Hipótesis de origen de las conductas disfuncionales respecto a la imagen corporal.....	30
Cuadro 7. Hipótesis de mantenimiento de las conductas disfuncionales respecto a la imagen corporal.....	31

Índice de gráficos

Gráfico 1. Puntuación en las subescalas del Cuestionario de dependencia Emocional en el pre y post-tratamiento.....	41
Gráfico 2. Puntuación total del Cuestionario de Dependencia Emocional en el pre y post-tratamiento.....	41
Gráfico 3. Puntuación total del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en el pre y post-tratamiento.....	43
Gráfico 4. Puntuación en % de los componentes del test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal.....	43
Gráfico 5. Nivel de malestar en la primera y última exposición pura frente al espejo.....	44
Gráfico 6. Nivel de intensidad de las emociones asociadas al cuerpo durante la exposición en el primer y último ejercicio de exposición.....	45
Gráfico 7. Nivel de intensidad de las emociones asociadas al cuerpo tras la exposición en el primer y último ejercicio de exposición.....	45

1. Marco teórico

En este apartado se refleja la gran cantidad de casos de violencia existente en las relaciones de pareja, así como las formas de violencia más frecuentes. También se hace hincapié en la relación existente entre violencia y dependencia emocional, ensalzando la importancia de ésta en las relaciones cuyos miembros poseen la misma identidad de género¹. Posteriormente, se expresa la variedad de personas con insatisfacción corporal en la actualidad, así como la relación entre esta variable y las dos anteriormente mencionadas. Finalmente, se lleva a cabo una propuesta de intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, presentando evidencia que corrobora la eficacia de esta terapia ante dichas conductas problemáticas.

1.1 Violencia en las relaciones de pareja

En la sociedad actual, existen multitud de casos de violencia ejercida en la población. La violencia en las relaciones de pareja es un hecho que se observa en todo el mundo y a cualquier edad. Ésta se define como cualquier comportamiento que, dentro de una relación íntima o de pareja, causa daño físico, psicológico o sexual (Buchart y cols., 2011; Novo y Seijo, 2009).

La violencia de género es la más extendida dentro del marco de las relaciones de pareja, la cual se define como aquella que se basa en la pertenencia al sexo femenino (Economic and Social Council, 1992). Esto se debe al elevado porcentaje de ésta en el mundo, pues en España, en 2020, 29215 mujeres han sido víctimas de violencia de género según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Sin embargo, existen otros tipos de violencia, como la violencia doméstica, siendo ésta la que se realiza dentro del marco familiar. También se observa violencia en parejas cuya identidad de género es la misma (Saldivia y cols., 2017). Existen pocas estadísticas acerca de estas últimas, las cuales no quedan legitimadas en ningún marco judicial, lo que conlleva a que este tipo de maltrato en muchas ocasiones quede encubierto (Jara, 2016).

Estos datos resultan preocupantes si se tiene en cuenta que, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el primer semestre de 2020, 1092 parejas de la misma identidad de género han contraído matrimonio. Asimismo, se observa que, en una muestra de parejas del mismo género, el 70% es víctima de violencia en la pareja (Ortega, 2014). Se han realizado otras investigaciones con parejas de mujeres homosexuales, en las que se indica un 48% de violencia de pareja a lo largo de la vida y un 43% de perpetración de ésta (Bardenes y cols., 2014).

Por otro lado, en dichas investigaciones se ha observado que las mayores tasas de violencia se producen entre los 18 y 29 años (Bardenes y cols., 2014). En concordancia con estos datos, se ha comprobado que la violencia entre adolescentes y adultos jóvenes, es mayor a la encontrada en las relaciones adultas (Rubio y cols., 2012).

1.1.1 Formas de violencia

La violencia puede diferenciarse según varias formas de llevarla a cabo: física, psicológica y sexual (Alberdi y Matas, 2002). Se ha constatado una mayor frecuencia de la violencia psicológica y emocional (Fuertes y Fuertes, 2010; Ortega, 2014); sin embargo, es el tipo de violencia menos estudiado, debido a la complejidad de la definición y a la falta de consenso entre los profesionales (Barrientos y cols., 2018; Mason y cols., 2014).

La violencia psicológica implica comportamientos como exigir, criticar, manipular, humillar, insultar, no respetar acuerdos, ignorar, descalificar y discriminar (Rojas y Solís, 2013), así como oponerse a las relaciones que establece la pareja fuera de la misma, ignorar los sentimientos de la pareja y controlar sus redes sociales (Jara, 2016). Otros estudios concuerdan con que este tipo de violencia se demuestra al presentarse control sobre la otra persona, provocar culpabilidad ante cualquier situación, desaparecer sin aviso previo por un tiempo indefinido, frecuentes amenazas sobre la ruptura de la relación y prohibir la realización de algunas actividades (Pick, 2001).

Cabe destacar que las víctimas no suelen interpretar este tipo de actos como maltrato, de tal manera que se observa una conciencia baja de la violencia psicológica (Jouriles y cols., 2009; Novo y cols., 2016). A su vez, estas conductas desadaptativas, pueden derivar en una necesidad de afecto excesiva, dando lugar a dependencia emocional (Moral y cols., 2016).

1.1.2 Violencia y dependencia emocional

La dependencia emocional se define como una necesidad afectiva extrema y continua en la que la persona tiende a perder su identidad y a asumir un rol sumiso en la relación, con el propósito de recibir la aprobación y el afecto de su pareja (Castelló, 2005). La persona con conductas dependientes presenta necesidad de aceptación, lo que provoca la adquisición de conductas sumisas o pasivas, permitiendo situaciones de violencia y normalizándolas, para evitar el abandono y el temor a la soledad (Gómez y Montenegro, 2015).

Así, la dependencia emocional se identifica como un vínculo emocional basado en la intermitencia entre el buen y el maltrato, de tal forma que provoca cierto “enganche” y una sensación de no poder vivir sin la pareja (Amor y Echeburúa, 2010). De esta manera, los

propios intereses de la persona, quedan en segundo lugar y existe ausencia de libertad para expresar lo que incomoda del otro (Deza, 2012; Laca y Mejía, 2017).

También se observa que la dependencia emocional se relaciona tanto con la violencia ejercida como con la recibida; así pues, la violencia en las relaciones de pareja, aumenta de manera paralela a la dependencia emocional en las mismas (Aiquipa, 2015; Momeñe y Estévez, 2018). A su vez, suponen una disminución de la autoestima y un aumento del nivel de autoculpa (Rey-Anacona, 2013), promoviendo el mantenimiento de las relaciones violentas (Mason y cols., 2014; Momeñe y Estévez, 2017; Pradas y Perles, 2012; Register, 2018). Además, experimentar una vez este tipo de relaciones problemáticas, facilita que ocurra en futuras relaciones (Rodríguez y cols., 2009). Asimismo, una elevada autoestima puede actuar como factor protector ante relaciones de violencia (Lewis y Fremouw, 2001).

1.1.3 Violencia y dependencia emocional en parejas con la misma identidad de género

Actualmente, existen pocas estadísticas sobre la violencia y la dependencia emocional que se observa entre parejas homosexuales y bisexuales, ya que ésta se vincula normalmente a parejas heterosexuales (Flanders y cols., 2016; Rollè y cols., 2018).

Sin embargo, Castelló (2005) afirma que las personas homosexuales sufren dependencia emocional. Así, se considera que, dar por hecho que en personas del mismo sexo no se da asimetría de roles, es un error (Gómez y Montenegro, 2015). Además, dentro de este colectivo, los jóvenes son más vulnerables, no sólo por existir un mayor porcentaje de violencia hacia los mismos (NCAVP, 2014), también por la etapa de la vida que atraviesan, en la que son más susceptibles (Finneran y Stephenson, 2014).

Es de especial importancia expresar que las personas LGBT, a menudo, reportan más angustia psicológica, debido a que presentan factores de riesgo mayores, relacionados con la homofobia y el heterosexismo (López y Ayala, 2011). Igualmente, viven su sexualidad de forma mucho menos visible, lo que supone mayor dificultad en el reconocimiento de víctima de violencia por estar inmerso en un ambiente etéreo (Jara, 2016; Villalón, 2015). En la mayoría de los casos no toman medidas contra la persona que agrede, quedando en una situación de extrema vulnerabilidad (Jara, 2016). Cabe añadir que las personas homosexuales tienen menos probabilidad de obtener apoyo social en cuanto a la violencia en la pareja (Barrientos y cols., 2016; Brow y Herman, 2015).

Asimismo, tienen mayor dificultad para encontrar pareja, por lo que podrían desarrollar dependencia emocional con facilidad (López, 2006) y se encuentran más predispuestos a ser víctimas de violencia. De acuerdo con dicha investigación, se observa que

las mujeres bisexuales y lesbianas son las más propensas a ser víctimas de violencia en la pareja, seguidas de mujeres heterosexuales y de hombres homosexuales y bisexuales y, finalmente, hombres heterosexuales (Messinger, 2011).

De hecho, estudios recientes señalan que las parejas del mismo género tienen mayores probabilidades de presentar conductas dependientes, así como de ser víctimas de violencia en las relaciones y de que ésta se mantenga en el tiempo, tal y como muestra un estudio realizado con más de 4000 adolescentes con parejas heterosexuales y homosexuales en EEUU (Graham y cols., 2019), destacando que prevalece la violencia psicológica (Badenes y cols., 2014).

1.2 Insatisfacción corporal

Actualmente, el culto al cuerpo es un aspecto relevante en la sociedad, el cual se ha intensificado de forma alarmante en las últimas décadas, al mismo tiempo que se ha impuesto un ideal de belleza basado en la simetría, la proporcionalidad y la delgadez excesiva. Esto ha supuesto la internalización de unos valores estéticos exigentes e irreales. De esta manera, muchas personas consideran que no son atractivas (Moreno, 2019; Rodríguez y Cruz, 2008).

Así, es de especial importancia definir la imagen corporal. Ésta es la representación mental que cada persona tiene de su aspecto físico y que imagina que tienen los demás (Moreno, 2019; Schilder, 1950). Por tanto, es fundamental ser consciente de que la percepción de belleza propia y ajena es subjetiva, de tal forma que puede haber diferencia entre el cuerpo físico y la idea que se tiene del mismo (Moreno, 2019).

La imagen corporal tiene varios componentes: el perceptual, el cognitivo, emocional, el conductual y el sociocultural. Todos estos actúan de forma integrada y se retroalimentan continuamente (Moreno, 2019; Thompson, 1990; Vaquero y cols., 2013).

Se ha de hacer hincapié en la existencia de multitud de personas disconformes con alguna parte de su cuerpo, o con el cuerpo en general, sin que esto suponga una dificultad. Sin embargo, en el momento en que este hecho limita la vida de la persona, corresponde un problema psicológico, llamado insatisfacción corporal. Por lo tanto, la insatisfacción corporal es el conjunto de alteraciones perceptivas, cognitivas, emocionales y de comportamiento que dan lugar al rechazo del cuerpo (Mabry 2016; Moreno, 2019). Este rechazo se da con independencia de cómo es la persona, por lo que gustarse a uno mismo no tiene nada que ver con la belleza que posee en términos de su cultura (Moreno, 2019).

La imagen corporal se considera un componente crucial de la autoestima global porque el cuerpo es el primer aspecto de la persona que perciben los demás (Pokrajac-Bulian y Zivcic-Becirevic, 2005). Así, un problema de insatisfacción corporal afecta a la autoestima

(Tantleff-Dunn y Linder, 2011). Esto provoca comportamientos de riesgo tales como realización de dietas, atracones de comida, conductas purgativas, el uso excesivo de laxantes e incluso renuncia total a comer y, es por ello, que requiere de especial atención entre los profesionales de la salud mental.

1.3 Relación entre violencia en la pareja, dependencia emocional e insatisfacción corporal

Tras diversas investigaciones, se ha comprobado que la imagen corporal se ve influenciada, en gran parte, por la sociedad y los compañeros sentimentales (Flores y cols., 2017), así como por la deseabilidad sexual y el agrado proyectado (Castañeda y cols., 2013). De esta forma, se considera que el problema de la búsqueda de la belleza actual reside en la necesidad de satisfacer a la pareja (Calderon, 2013; Castaño y Maritza, 2016).

Asimismo, ser víctima de violencia psicológica y presentar dependencia emocional, afecta directamente a la perspectiva de sí mismo (Valdés y cols., 2018). De esta manera, podría entenderse que la relación violencia-dependencia emocional, genera en la persona la necesidad de agradar y, en torno a ello, se altera la imagen corporal (Triana, 2017).

En concordancia a estos estudios, se indica que las personas que han sido víctimas de violencia en la pareja, están más insatisfechas con su cuerpo. Igualmente, las mujeres que sienten mayor insatisfacción corporal, son más propensas a sufrir violencia (Troupe, 2018).

En esta misma línea, se ha demostrado relación entre la violencia en el noviazgo y trastornos alimenticios (Ackard y Neurmark-Sztainer, 2002), así como con baja autoestima (Matud-Aznar, 2004).

Estos hallazgos muestran una relación significativa entre violencia en la pareja e insatisfacción corporal. Es por ello que se considera que trabajar la imagen corporal podría ser un buen método de prevención e intervención para casos de violencia de pareja, así como para limitar la probabilidad de sufrir violencia por parte de la pareja en el futuro (Jaconis, 2016).

1.4 Intervención: Una propuesta desde ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso)

Desde una perspectiva contextual, destacan distintas terapias, entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Juarascio y cols., 2016). Este enfoque se basa en considerar los eventos privados (cogniciones, sensaciones, emociones, recuerdos) como comportamientos que se rigen por los mismos principios operantes que las conductas observables (Follet y Hayes, 2000).

La conducta problemática es multifactorial, por lo que requiere, además de la identificación de las variables incluidas en el contexto, conductas y consecuencias, la realización de un análisis funcional que explique las relaciones entre ellas (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Esto se debe a que la función de una conducta puede cambiar de una persona a otra. Así, el análisis funcional es una estrategia de evaluación que permite realizar intervenciones individualizadas (Ramírez, 2020).

Asimismo, ACT se basa en un modelo transdiagnóstico de flexibilidad psicológica, que identifica mecanismos comunes subyacentes a una serie de dificultades psicológicas. Por ende, los principios contextuales se aplican a una variedad de problemas topográficamente diferentes, pero funcionalmente similares (Ramírez, 2020). También cabe destacar que se ha encontrado eficacia de esta terapia tanto en formato individual, grupal y mixto, así como en pacientes hospitalizados, tratamiento ambulatorio y residencial, incluso cuando se presenta comorbilidad (Hayes y Levin, 2012).

El modelo de flexibilidad psicológica constituye un conjunto de seis procesos que interactúan entre sí. Se representa mediante un hexágono y se conoce como el modelo hexaflex (Wilson y Dufrene, 2008). Se trabaja la aceptación experiencial, como contraposición a la evitación de eventos privados que provocan malestar; los valores para crear una vida significativa; la defusión cognitiva, para establecer un espacio entre la persona y sus eventos privados, sin intentar alterar su contenido o frecuencia; atención plena del momento presente; la perspectiva del yo como observador, para ser consciente de los pensamientos y emociones que llegan y no quedar atrapado en éstos y la acción comprometida, con comportamientos en dirección a los valores (Hayes y Levin, 2012).

En la Terapia de Aceptación y Compromiso, existe el Trastorno por Evitación Experiencial (TEE), que se caracteriza por la inflexibilidad en el comportamiento, cuya principal función es controlar el malestar y los eventos privados. De esta manera, un componente fundamental es la desesperanza creativa, que consiste en llegar a ser consciente de que las estrategias utilizadas hasta el momento, han supuesto mucho gasto de energía y no han sido útiles. Desde este enfoque se utilizan una gran variedad de ejercicios y metáforas, ya que se tiene como objetivo que las sesiones sean de carácter experiencial (Hayes y Levin, 2012).

1.4.1 Intervención en dependencia emocional e insatisfacción corporal desde ACT

Tal y como muestra la literatura actual, tanto la violencia psicológica, como la dependencia emocional y la insatisfacción corporal, son variables bastante frecuentes en la sociedad e íntimamente relacionadas entre sí. De esta manera, resulta relevante conocer cuáles son las intervenciones más eficaces en estos ámbitos.

En base a las investigaciones revisadas, las conductas dependientes se ven gobernadas, por lo general, por estrategias de evitación, tales como no permanecer sólo o no oponerse a la opinión de la pareja, pues esto produciría emociones intensas que provocan malestar (Ramírez, 2020). Por lo tanto, evitar estos eventos privados supone un alivio a corto plazo, lo que mantiene estas conductas disfuncionales, a pesar de que conllevan un perjuicio a largo plazo (Luciano, Paéz-Blarrina y Valdivia, 2010).

Asimismo, se considera que, favorecer la aceptación de emociones, como el miedo a la soledad, así como la defusión con ciertos pensamientos, tales como “me va a dejar”, podría dar lugar a una reducción de las conductas de subordinación relacionadas con la pareja (Cubas y cols., 2004; Luciano y Hayes, 2001; Ramírez, 2020). También es común que las personas con conductas dependientes sacrifiquen sus propios deseos y necesidades, de tal forma que intervenir en los valores podría provocar un gran beneficio (Ramírez, 2020).

En congruencia con lo anterior, las técnicas de exposición con prevención de respuesta, que consisten en la exposición a pensamientos, emociones, sensaciones o situaciones contextuales en ausencia de conductas que impliquen una reducción del malestar, podrían ser útiles en la dependencia emocional (Secades y Fernández, 2001).

Se corrobora que, tras una intervención grupal con ACT en personas con conductas dependientes hacia sus parejas, hay disminución de los factores mantenedores de la conducta problema, como evitación de la soledad, búsqueda de cariño constante y sumisión, además de un aumento de la aceptación experiencial y del repertorio conductual (Ramírez, 2020).

Aún así, la evidencia científica expuesta en cuanto a la intervención en dependencia emocional es escasa (Sophia y cols., 2007). De hecho, identificar sus principales expresiones clínicas resulta una labor compleja, debido a que algunas de las conductas pasan desapercibidas por la dificultad para reconocer la propia problemática, así como a la aceptación social que acompaña a dichas manifestaciones (Cogswell y cols., 2010).

En cuanto a la intervención en insatisfacción corporal desde ACT también se observa en los sujetos conductas de evitación experiencial. De esta manera, la evidencia empírica indica que muchas conductas de desorden alimentario se utilizan para evitar sentimientos de rechazo, imperfección, fracaso y vulnerabilidad (Keyser y cols., 2009). Se ha demostrado que

las conductas de riesgo, como vomitar, eliminan experiencias perturbadoras internas a corto plazo, tales como la culpa o pensamientos como “nadie me querrá si engordo” (Davis y Jamieson, 2005).

Desde este enfoque, se pretende cambiar este patrón de conducta para que emerjan otros comportamientos más adaptativos, a través del componente de desesperanza creativa. (Juarascio y cols., 2016). De este modo, es fundamental conseguir una actitud no enjuiciadora de las experiencias privadas, de tal forma que se aprenda a aceptar las emociones y pensamientos que surjan (Jennings y Apsche, 2014; Mac y cols., 2015; Juarascio y cols., 2013). Esto podría permitir a los pacientes una mayor flexibilidad psicológica y encaminarse hacia una vida orientada a sus valores (Juarascio, 2011).

Se ha demostrado en varios metaanálisis que existe mayor eficacia en insatisfacción corporal a través de ACT que en condiciones de control, y, a la par de la TCC; incluso, en ocasiones, se ha comprobado que supera a la TCC (Hayes y cols., 2006; Power y cols., 2009). y a otras terapias en insatisfacción corporal en sujetos subclínicos y comorbilidad con otros problemas psicológicos (Juarascio y cols., 2010).

En esta línea, otros estudios de revisión sistemática sugieren que ACT es eficaz en los TCA, por lo que la insatisfacción corporal, que es un componente fundamental en dichos trastornos, también se ve disminuida (Juarascio y cols., 2013). En otras investigaciones, se obtiene como resultado que los pacientes que consiguen mejorar en aceptación emocional, también presentan una reducción de la insatisfacción corporal (Bluett y cols., 2016; Mac y Hudson, 2018).

En concordancia con lo expuesto anteriormente, se expresa que, tras la intervención en ACT en pacientes con TCA, se produce una disminución de la insatisfacción corporal y de las conductas de evitación (Marco y cols., 2018), así como un aumento de la conciencia plena y de la satisfacción personal, que puede asociarse al hecho de ser un enfoque que prioriza los aspectos más relevantes para la persona en su día a día (Mac y cols., 2018).

Resulta relevante especificar que se ha visto mejoría en un grupo de personas con TCA tras una intervención en ACT, tanto en el post-tratamiento, como en el seguimiento, lo que sugiere que los efectos de una intervención en ACT son duraderos (Juarascio, 2011).

Así, se ha demostrado que la disposición a experimentar pensamientos o emociones que “no gustan” y realizar conductas congruentes con los valores son factores que reducen de forma significativa la preocupación por la alimentación, por el peso y, especialmente, la insatisfacción corporal (Juarascio, 2011).

Cabe destacar la importancia de utilizar otras técnicas conductuales, entre ellas, la exposición. Se ha comprobado que la exposición pura logra reducir la insatisfacción corporal en población clínica y/o en población con alta insatisfacción corporal. Su eficacia puede deberse a que permite prestar atención, especialmente, a las partes del cuerpo que causan más malestar y a los eventos privados que aparecen durante la exposición, lo que ayuda a aumentar la conciencia y aceptación de esas emociones que, posiblemente, se han estado evitando (Díaz 2015; Moreno, 2012). De esta manera, implementar estas técnicas junto con ACT, supone una intervención de utilidad en personas con insatisfacción corporal, así como una estrategia preventiva en población de alto riesgo para desarrollar TCA (Juarascio, 2011).

Por consiguiente, ACT ha mostrado eficacia en multitud de problemáticas psicológicas, entre ellas, la insatisfacción corporal y la dependencia emocional. Este hecho, unido al enfoque transdiagnóstico que evidencia esta terapia contextual, ha desembocado en la decisión de intervenir a través de ACT con una paciente que presenta dependencia emocional e insatisfacción corporal, lo cual se expondrá en los siguientes apartados.

2. Presentación de un caso clínico

2.1 Método

2.1.1 Descripción de la demanda del cliente

M. es una mujer de 20 años, estudiante de psicología, que acudió a terapia porque consideraba que su relación de pareja era muy disfuncional. Expresaba que su pareja, S., una mujer, le había hecho mucho daño y no conseguía perdonar muchas de sus actitudes. Confesó que le gustaría volver a estar bien con su pareja y que no le afectara en los demás ámbitos de su vida. M. señaló que había acudido a otros psicológicos con anterioridad, pero no había tenido buena experiencia con dichos profesionales.

2.1.2 Diseño y formato de terapia psicológica con M.

Se trató de un diseño de caso único, pre-post intervención, realizado con el permiso del Comité de Ética. La terapia constó de 30 sesiones, establecidas en un periodo de cuatro meses y con una frecuencia de dos veces por semana y de aproximadamente 1 hora y media cada una de ellas. Tuvo formato online debido a la situación de la Covid-19. Se dividió en distintas fases, como se puede observar en el cuadro 1: evaluación, hipótesis sobre el origen y el mantenimiento de los problemas, planteamiento de objetivos terapéuticos, intervención,

resultados tras la intervención y seguimiento, el cual se espera seguir realizando con espaciamiento gradual entre sesiones.

Cuadro 1

Estructura de las sesiones terapéuticas

Evaluación	Explicación del origen y mantenimiento de los problemas	Objetivos terapéuticos	Intervención	Resultados	Seguimiento
Sesión 1, 2, 3	Sesión 4 y 5	Sesión 5	Sesiones 6 hasta 28	Sesión 29	Sesión 30

Antes de comenzar la fase de evaluación, cabe resaltar la importancia de haber firmado un documento en el que se expresó el consentimiento de ser paciente objeto de estudio para Trabajo Fin de Máster, en el que se consideraba imprescindible la confidencialidad de los datos personales de la paciente (Anexo I).

2.1.3 Evaluación

La fase de evaluación se llevó a cabo en 3 sesiones, a través de una entrevista semiestructurada, diversos cuestionarios y un análisis funcional para que ésta fuera exhaustiva e individualizada.

2.1.3.1 Entrevista semiestructurada

En la primera sesión se realizó una entrevista en la que se recogieron datos desde la infancia hasta la actualidad, en los diferentes ámbitos y roles de M., comenzando con preguntas generales y efectuando posteriormente preguntas concretas, que permitieron investigar acerca de la conducta problema.

Antecedentes históricos familiares.

Tiene muy buena relación con su familia desde pequeña. A la edad de 12 años, expresó a sus padres que le atraían las personas de su mismo género y obtuvo aprobación y cariño por sus familiares cercanos desde el inicio, sin embargo, hay algunos familiares que no tienen conocimiento de ello aún. A día de hoy vive con sus padres y comparte piso con sus compañeras de clase en Jaén. Actualmente, no tiene problemas económicos.

Antecedentes históricos de M.

Relaciones sociales. Nunca había tenido ningún problema con sus iguales. En la actualidad, tiene muy buena relación con sus amigos, pero reconoce que no pasa con ellos todo el tiempo que le gustaría, ya que eso supondría discusiones con su pareja actual.

Ámbito académico/laboral. Estudia Psicología en la Universidad de Jaén y le apasiona esta profesión.

Relación con su cuerpo. En la casa de sus padres, siempre se han pesado las cantidades de alimento a ingerir. A la edad de 18 años, comenzó a tener una relación insana con la comida. Decidió ser vegetariana, no comía mucho porque no le apetecía, lo que supuso que adelgazara y esto le hacía sentirse mejor consigo misma, pero a largo plazo le ocasionó anemia. Así, volvió a realizar todas las comidas, pero no se sentía a gusto con su cuerpo, especialmente con el pecho y la cintura. Nunca ha recibido críticas del exterior respecto a su cuerpo y nunca ha expresado su malestar debido a su insatisfacción corporal.

Relaciones sentimentales. Desde los 12 años es consciente de que le gustan las personas de su mismo sexo. En sus relaciones anteriores, hubo engaños por parte de sus parejas. Actualmente, tiene compañera sentimental, S., desde hace dos años y son de distintas ciudades. S., requiere mucha atención por parte de M, lo que en un principio no le resultaba molesto. Sin embargo, confesó que con el paso del tiempo, le pesaba llevar este tipo de relación con su compañera.

Alguno de los ejemplos que expuso fueron la necesidad de hablar por teléfono aún teniendo que atender otras obligaciones, e, incluso, el hecho de ir a ver a su abuela podía suponer un problema. Además, S., la castigaba con el silencio cuando no le agradaba algún comportamiento que tenía. M. dejó de experimentar viajes con amigos para no discutir con su pareja. También era propio recibir frases del tipo “cuando tú lo necesitas siempre estoy ahí, pero cuando yo lo necesito...” “si quieres seguir conmigo, esto tiene que ser como yo digo” y comentaba que ella misma se decía “con tal de no perderla, puedo sacrificar mis deseos”.

Asimismo, tuvieron diversas discusiones porque M. quiere irse de Erasmus. También existían muchas actitudes que tenía que llevar a cabo y no le gustaban, como utilizar mucho tiempo el whatsapp para hablar con su pareja, si estaba en línea y no le contestaba, suponía una discusión, si estaba con algún amigo que le estaba contando un problema, y pasaba un tiempo sin coger el móvil, se evadía de la conversación para contestarle a S., no podía emplear su tiempo libre en disfrutar con amigos o en realizar sus actividades placenteras, como tocar la guitarra, dibujar o pasear sola por el campo, ya que debía ver a su compañera sentimental todos los fines de semana, etc.

En cuanto al sexo con su compañera, aparecían muchas inseguridades en M., pues le daba vergüenza desnudarse y que la acariciara, o ducharse juntas. En este sentido, su pareja la ayudaba y le decía palabras que la hacían sentir mejor y más segura.

Finalmente, expresó que echaba en falta estar sola, que continuaba con su pareja por dependencia, y no se perdonaba el no haberse tenido a sí misma como prioridad en el pasado y, a veces, también en dicho momento.

Gustos/aficiones. Le apasiona tocar la guitarra, pasar tiempo con su familia y amigos, pintar, tatuar, viajar y pasear por el campo. Sin embargo, entre semana tenía que cumplir con sus obligaciones académicas y, el fin de semana, solía pasar el tiempo con su pareja.

2.1.3.2 Cuestionarios

Tras una primera sesión en la que se realizó una entrevista semiestructurada, se percibieron ciertas problemáticas que se consideraban relevantes para continuar investigando. Por este motivo, se llevaron a cabo distintos cuestionarios en la segunda y tercera sesión, de forma conjunta paciente y terapeuta, haciendo especial hincapié en cada uno de los ítems y realizando especificaciones en los momentos que se contemplaron oportunos.

De esta manera, los cuestionarios efectuados fueron los siguientes:

Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) (Lemos y Londoño, 2006) (Anexo II). Mide la dependencia emocional a través de 6 subescalas: ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención. Puede ser aplicado tanto a mujeres como a hombres, de entre 16 a 55 años (Lemos y Londoño, 2006). Consta de 23 ítems tipo Likert (siendo 1 “completamente falso” y 6 “me describe perfectamente”) y presenta un Alfa de Cronbach de 0,927, con un rango de confiabilidad entre 0,871 y 0,617, por lo que tiene unas cualidades psicométricas adecuadas (Lemos y Londoño, 2006). Se considera el punto de corte en 81, por lo que una puntuación mayor implica problemas de dependencia emocional (Lemos y Londoño, 2020).

Los resultados mostraron que M. puntuaba alto en todas las subescalas, exceptuando expresión límite y búsqueda de atención. Se observó cómo modificaba planes para evitar una discusión con su pareja, tenía mucho miedo de ser abandonada por su compañera y presentaba necesidad de afecto de su pareja de forma constante, que además se veía influido porque vio un cambio entre el cariño que S. le mostraba anteriormente y el que le expresaba en ese momento, siendo este último bastante menor.

Cuestionario de Violencia entre novios versión reducida (CUVINO-R) (Rodríguez-Díaz y cols., 2017) (Anexo III). Mide 5 factores: violencia física, violencia sexual, humillación, desapego y coerción (Alfaro, 2020). Es aplicable a relaciones de noviazgo, de entre 15 y 26 años, independientemente de la identidad de género, la orientación sexual y las creencias acerca de los roles de género, pues se han eliminado de la prueba original los ítems referidos a violencia de género. Está formado por 20 ítems de tipo Likert, siendo 1 “nunca” y 5 “casi siempre”). La fiabilidad total de la escala indica unas propiedades psicométricas suficientes, pues presenta un Alpha de Cronbach de 0,932 y, las subescalas, un rango comprendido entre 0,58 y 0,81 (Rodríguez-Díaz y cols., 2017) y se considera que cualquiera de las conductas contempladas es indicadora de riesgo, por lo que no existe un punto de corte que separe lo normal de lo anormal (Rodríguez-Franco y cols., (2010).

Así, se pudo observar que M., puntuaba alto en los ítems de coerción, pues su pareja no confiaba en ella y tenía conductas de desconfianza, como expresar habitualmente que M. estaba teniendo otras relaciones sentimentales o que era muy probable que sucediera, ponía a prueba su amor, con frases del tipo “si me quisieras, querrías pasar más tiempo conmigo y no te irías con tus amigos” e invadía su intimidad, pues M. consideraba que no podía disfrutar de estar sola, ya que su pareja necesitaba continuamente estar con ella y era consciente de que algunas veces S. había cogido su teléfono, limitando su privacidad.

La compañera de M. también mostró cierto desapego, ya que, en multitud de ocasiones, dejaba de hablarle o desaparecía repentinamente como forma de demostrar su enfado, pero sin comunicar el motivo, de tal forma que M. tenía que adivinar lo que le había molestado a su pareja, buscar una solución para ambas y, únicamente, tras múltiples intentos de comunicarse con su pareja, ésta respondía. Asimismo, en ciertas circunstancias en las que M. expresaba sus sentimientos y emociones, S. muchas veces los ignoraba y no mostraba empatía ni interés por ayudarla.

Finalmente, cabe destacar que, en ningún momento, la relación de pareja de M. se vio afectada respecto a los demás factores que incluye este cuestionario, los cuales son violencia física, sexual y humillación.

Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Rodríguez, 1965) (Anexo IV). Este instrumento se utiliza para evaluar el nivel de autoestima. Se usa normalmente en población adolescente, joven y adulta, con el objeto de evaluar el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems tipo Likert de cuatro puntos (siendo A muy de acuerdo y D muy en desacuerdo), considerándose una puntuación normal aquella que se sitúa

entre 25 y 35. Los niveles de consistencia interna corroboran unas cualidades psicométricas adecuadas, con Alfa de Cronbach entre 0,58 y 0,90 (Schmidt y Allik, 2005).

Se puede concluir, por tanto, que M. tenía una autoestima media baja, con una puntuación de 24, pues consideraba que a veces no estaba satisfecha consigo misma, no siempre tenía una actitud positiva hacia sí misma, a veces pensaba que no hacía las cosas tan bien como la mayoría de las personas y también deseaba valorarse más de lo que lo hacía.

Test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal (Moreno, 2019) (Anexo V). Este cuestionario se utiliza para mujeres de cualquier edad y sirve para evaluar los niveles de malestar con el cuerpo e identificar los componentes de la imagen corporal que están afectados. Está integrado por 5 bloques que evalúan cada uno de los componentes: perceptual, cognitivo, emocional, conductual y socio-cultural y se requiere de entre 30 y 40 minutos aproximadamente para su aplicación.

Se contempló en la paciente alteración en cada uno de los elementos. En primer lugar, en el componente perceptual se observó bastante discrepancia entre lo que veía la paciente sobre su cuerpo y cómo le gustaría que fuese. En cuanto al componente cognitivo, tenía presentes muchos pensamientos referidos a la imagen corporal, del tipo “eres gorda”, “eres fea”, “nadie te va a querer así”, “deberías adelgazar”, etc. Asimismo, las emociones que sentía respecto a su cuerpo frecuentemente eran asco, culpa, vergüenza, frustración, insatisfacción, etc.

Respecto al componente conductual, presentaba bastantes conductas de comprobación, como mirarse al espejo, en los escaparates, comparar su cuerpo con el de personas que tienen el cuerpo que le gustaría tener, pellizcarse, comprobar su peso, probarse ropa para medir su volumen y preguntar a sus amistades qué tal le quedaban algunas vestimentas. También se contemplaban conductas de evitación, pues nunca se ponía ropa estrecha y, en lugares como la playa, se sentaba de manera estratégica para que no se percibieran ciertas partes de su cuerpo, e intentaba pasar mucho tiempo con la camiseta puesta o tapada con la toalla.

Además, tal y como se demostró en la entrevista realizada la primera sesión, presentó, con la edad de 18 años, conductas de riesgo, pues hubo restricción de alimentos al comenzar la dieta vegetariana. De la misma manera, confesó que durante la cuarentena debido a la Covid-19, existían conductas de riesgo, tales como vómitos diarios. Al finalizar la cuarentena, dejaron de ser tan frecuentes y en dicho momento llevaba dos meses sin realizar este tipo de conductas. Sin embargo, aunque consideraba que no existía restricción de las comidas realizadas ni de la cantidad de las mismas, reconoció que, a veces, solo desayunaba un café

por la mañana. Aún así, M. reveló ser realmente consciente del daño que se hacía con este tipo de conductas y no quería volver a tener dichos comportamientos.

Finalmente, se percibió que el componente socio-cultural no influía especialmente, al menos de forma consciente y directa.

2.1.3.3 Análisis Funcional

Tras ejecutar la entrevista semiestructurada y los cuestionarios en las tres primeras sesiones, se reconocieron a simple vista dos conductas problemáticas, referidas a su relación de pareja y a su imagen corporal. Así, se realizó un análisis funcional para cada una de ellas, que recogía los antecedentes, la conducta no observable (eventos privados), la conducta observable, las consecuencias a corto y a largo plazo, para poder expresar a M. el origen y el motivo del mantenimiento de sus conductas problemáticas y llevar a cabo, de esta forma, una intervención individualizada, pues se expresa en investigaciones anteriores la importancia de la misma (Ramírez, 2020).

En primer lugar, se observaron conductas problemáticas referentes a la relación de pareja, las cuales se exponen a continuación.

Cuadro 2

Análisis funcional sobre las conductas problemáticas respecto a la relación de pareja

Antecedentes	Conducta no observable (eventos privados: pensamientos y emociones)	Conducta observable	Consecuencias corto y largo plazo
Las amigas de M. la invitan a ir a verlas a Jaén	Pensamientos: -“Me encantaría ir pero no puedo hacerlo porque eso supondría una discusión con Andrea” -“¿Cómo podría decirle a Andrea que quiero ir sin que le moleste?” -“Tengo que ponerle una excusa a mis amigas para no ir” Emociones: incertidumbre, ira, tristeza, pena, frustración	No ir con sus amigas aunque le apetezca	Corto plazo: -Evitar el malestar que supone una discusión con S. Largo plazo: -Dejar de pasar tiempo con sus amigos/as -Cada vez siente mayor frustración por la actitud de su pareja y mayor cansancio entorno a la relación
Una amiga le está comentando un problema que tiene y M. lleva un rato sin contestarle a S. al whatsapp	Pensamiento: -“Puff...S. se va a cabrear” -“A ver qué le digo para que lo entienda” Emoción: miedo, agobio, ansiedad	Mirar el móvil para contestarle rápido y despistarse de la conversación con su amiga	Corto plazo: -Evitar una discusión con Andrea Largo plazo: -No escuchar, atender y apoyar a su amiga como le

			gustaría -Posibilidad de que su amiga no se sienta escuchada -Mayor agobio y sensación de que está siendo limitada por su pareja
Su pareja le dice que quiere que se vean los tres siguientes fines de semana	Pensamiento: -“En realidad no me apetece ir tres fines de semana seguidos, pero si se lo digo, se cabrea conmigo seguro” -“No entiendo por qué hace planes con tanta anticipación” Emoción: agobio, incertidumbre, miedo	Aceptarlo y verse los tres fines de semana siguientes	Corto plazo: -Evitar el malestar que le supone una discusión con su pareja Largo plazo: -No expresar lo que quiere hacer realmente -Cohibición y cansancio acumulado respecto a la relación -Dejar de hacer otras cosas importantes para sí misma
Su pareja le dice que lleva varias semanas sin subir una foto con ella y que parece que no quiere que la gente sepa que están juntas	Pensamiento: -“No entiendo por qué me dice esto -“Desconfía de mí” -“Ella sabe que no me gusta subir muchas fotos a las redes sociales” -“No me entiende” Emoción: pereza, decepción, agobio	Subir alguna foto con ella y explicarle que si no publica muchas fotos con ella, es porque normalmente no usa las redes sociales	Corto plazo: -Evitar una discusión Largo plazo: -Cansancio y agotamiento hacia la relación -Tener comportamientos que no quiere ni le apetece por la relación -Priorizar lo que quiere su pareja, sin tener en cuenta lo que prefiere ella misma
Tras una discusión, su pareja le dice la siguiente frase “Si quieres seguir conmigo, la relación tiene que ser como yo digo, si no, se acabó” o “tienes que agradecerme que no me enfade contigo cuando sales con tus amigos”	Pensamiento: -“¿Por qué me dice estas cosas tan feas?” -“Me parece injusto” -“Con tal de seguir con ella, puedo sacrificarme” -“No la quiero perder” -“No debería tener que agradecer algo que se considera un derecho” Emoción: ira, miedo, impotencia	Cede a lo que su pareja quiere, dejando a un lado su perspectiva de la situación	Corto plazo: -Evitar una discusión -Su pareja se muestra cariñosa con ella de nuevo Largo plazo: -Falta de toma de decisiones y de expresar su punto de vista por sí misma -No hay igualdad entre la pareja, sumisión por parte de M.
Tras una conducta de M. que a su pareja no le gusta, muestra indiferencia y decide dejar de hablar con ella sin ningún tipo de comunicación o afecto	Pensamiento: -“¿Por qué no me habla?” -“¿Le ocurrirá algo conmigo?” -“¿Qué le habré hecho?” -“No entiendo nada” Emoción: incertidumbre, angustia, miedo, tristeza, ansiedad	Preguntarle qué le ocurre, pedirle perdón sin saber qué le ha molestado a su pareja e intentar comunicarse con su pareja	Corto plazo: -Alivio del malestar al contactar con su pareja cuando le pide disculpas varias veces Largo plazo: -Miedo a que su pareja se vuelva a enfadar y deje de hablarle -Intranquilidad -Miedo al abandono -Inseguridad -Percepción de no poder estar sin su pareja

Su pareja le dice la siguiente frase: “Cuando tú lo necesitas siempre estoy ahí, pero eso no ocurre de forma recíproca”	Pensamiento: -“No sé por qué me dice eso” -“Yo siempre intento comprenderla” -“Me parece muy injusto” -“¿Tan mal lo hago?” Emociones: culpabilidad, ansiedad, frustración	Mostrarle amor para que vea que eso no es así, que ella también la quiere e intenta ayudarla y apoyarla	Corto plazo: -Alivio del malestar por evitar una discusión -Su pareja vuelve a mostrarse cariñosa Largo plazo: -Mayor culpabilidad y miedo por perder a su pareja -Sensación de tener que agradar siempre a su pareja y de no poder dar su opinión
Ante ciertas frases de M. del tipo “odio mi cuerpo”, su pareja insiste en que es precioso y a ella le encanta	Pensamiento: -“¡Qué buena es conmigo!” -“¡Cuánto la quiero!” -“¡Con ella me siento segura!” -“¡Al menos ella me quiere como soy!” -“¿Qué haría yo sin ella?” Emociones: alegría, amor, lealtad, tranquilidad	Mostrar mucho cariño a su pareja y agradecerle por comportarse así con ella, además de pedirle que no la deje nunca	Corto plazo: -Sensación de bienestar y tranquilidad Largo plazo: -Percepción de necesitar a la pareja para sentirse así de bien

Tras identificar los problemas asociados a la relación de pareja en el análisis funcional, se llevó a cabo otro análisis funcional en el que se reflejaron las conductas problemáticas referentes a la imagen corporal.

Cuadro 3

Análisis funcional sobre las conductas problemáticas respecto a la imagen corporal

Antecedentes	Conducta no observable (eventos privados: pensamientos y emociones)	Conducta observable	Consecuencias corto y largo plazo
Pensamiento “estoy gorda”, “soy horrible”	Pensamientos: -“¿Qué puedo hacer para dejar de tener este cuerpo?” -“Nadie me va a querer así” Emoción: culpabilidad, frustración, vergüenza	-Conductas de riesgo: restricción de la alimentación y ayuno -Conductas de evitación: usar ropas anchas para camuflar, sentarse de una forma determinada para disimular partes de su cuerpo -Conductas de comprobación: mirarse mucho en espejos y escaparates, pesarse, compararse con otras mujeres, medir el volumen de su cuerpo probándose determinada ropa, etc.	Corto plazo: -Alivio del malestar emocional que le generan esos pensamientos sobre el cuerpo Largo plazo: -Problemas de salud, anemia, etc. -Mayor tristeza y frustración -Mayor obsesión e importancia del aspecto físico

Comerse el plato entero de comida que le ha puesto su madre	Pensamientos: -“Voy a engordar” -“Doy asco” -“Soy una gorda” Emociones: culpabilidad, vergüenza, asco, frustración	-Conductas de riesgo: vomitar y compensar lo que ha comido con tomar menos alimentos la próxima vez -Conductas de evitación: usar ropas anchas, sentarse de una forma determinada para disimular partes de su cuerpo -Conductas de comprobación: mirarse mucho en el espejo, pesarse, compararse con otras mujeres, medir el volumen de su cuerpo probándose determinada ropa, pellizcarse	Corto plazo: -Alivio del malestar con el propio cuerpo Largo plazo: -Problemas de salud, anemia -Mentir, ocultar cosas a personas que le importan -Culpabilidad, ser consciente de que se está perjudicando y sentirse mal por ello, etc. -Sensación de falta de control sobre su conducta -Mayor importancia al cuerpo
Mirarse al espejo y no verse bien	Pensamiento: -“Me veo horrible, no puedo gustar a nadie” -“Doy mucho asco” Emociones: asco, frustración, vergüenza, culpa	-Conductas de comprobación: seguir mirándose en el espejo -Conductas de evitación: utilizar ropas anchas	Corto plazo: -Alivio del malestar por saber cómo se encuentra físicamente Largo plazo: -Tiempo perdido en todas las veces que se mira en el espejo -Mayor importancia al cuerpo -Corroborar lo poco que se gusta constantemente -Martirizarse continuamente
Sus amigos la avisan para ir tapear y beber unas cervezas	Pensamiento: -“Uff ,ya voy a comer comida basura” -“Voy a engordar” -“Así será imposible alcanzar el peso que me gustaría” Emociones: culpa, ansiedad	Ir con sus amigos, pero con conductas de riesgo: únicamente pide verduras y alimentos poco calóricos para controlar el peso	Corto plazo: -Alivio del malestar con el cuerpo y por la disminución de la posibilidad de subir de peso Largo plazo: -Disfrutar de la compañía de sus amigos -Mayor obsesión por el cuerpo y el peso
Sus amigos organizan un viaje a la playa	Pensamiento: -“Todos van a ver lo gorda que estoy” -“¡Qué vergüenza!” -“¿Por qué tiene que ser así mi cuerpo?” -“Si tuviera más fuerza de voluntad mi cuerpo sería distinto” Emociones: culpa, asco, frustración, vergüenza, insatisfacción	Ir a la playa, pero con conductas de evitación: sentarse de forma determinada para disimular su cuerpo o tener gran parte del día una camiseta o la toalla puesta encima del bikini	Corto plazo: -Alivio del malestar porque los demás no ven su cuerpo Largo plazo: -Disfrutar de la compañía de sus amigos -Evitar la aceptación de su propio cuerpo y mayor obsesión por el mismo

2.1.4 Hipótesis de origen y de mantenimiento de las conductas problemáticas

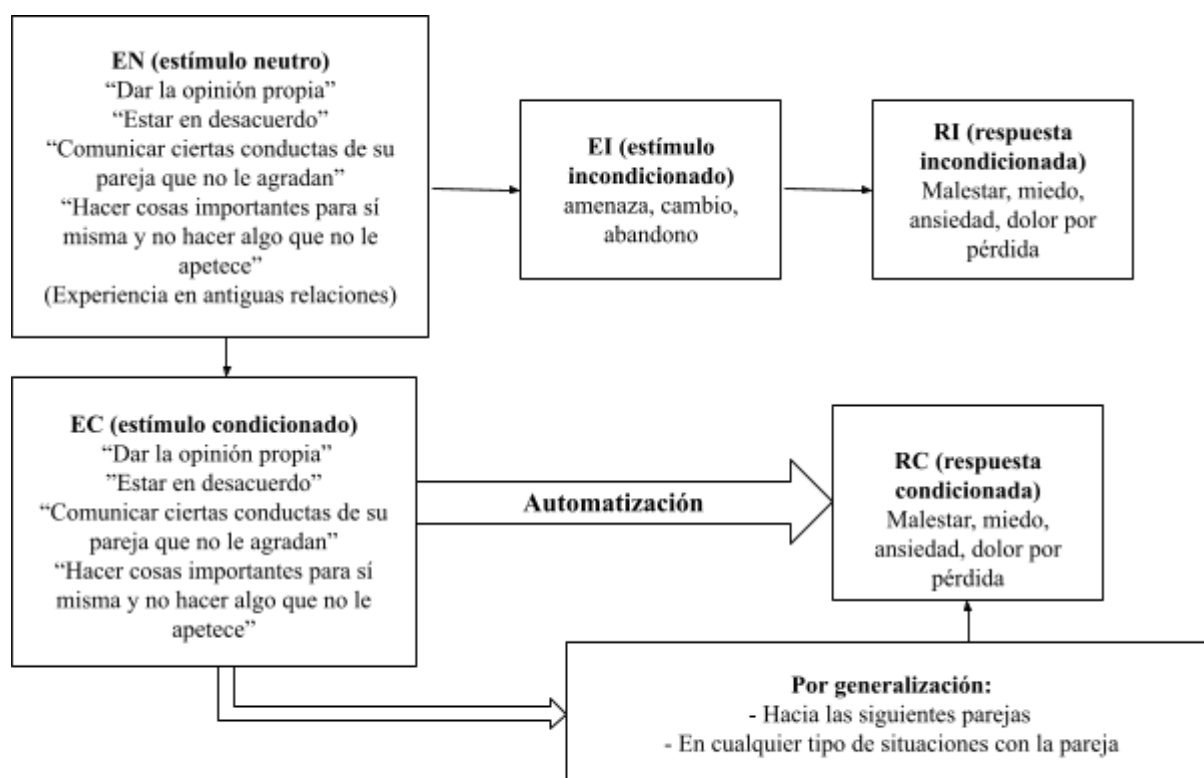
Una vez recogidos los cuadros sobre las conductas problemáticas evaluadas, resultó imprescindible considerar la función de dichas conductas, así como las variables disposicionales del entorno y del propio sujeto, de tal manera que se obtuviera información detallada sobre las variables influyentes en el mantenimiento de las conductas desadaptativas.

2.1.4.1 Conductas disfuncionales de M. en la relación de pareja

Hipótesis de origen. Se refiere a la manera en que se adquirió y evolucionó la conducta disfuncional, la cual es meramente orientativa e informativa y no en todos los casos es posible tener el conocimiento de ésta.

Cuadro 4

Hipótesis de origen de las conductas disfuncionales respecto a la relación de pareja



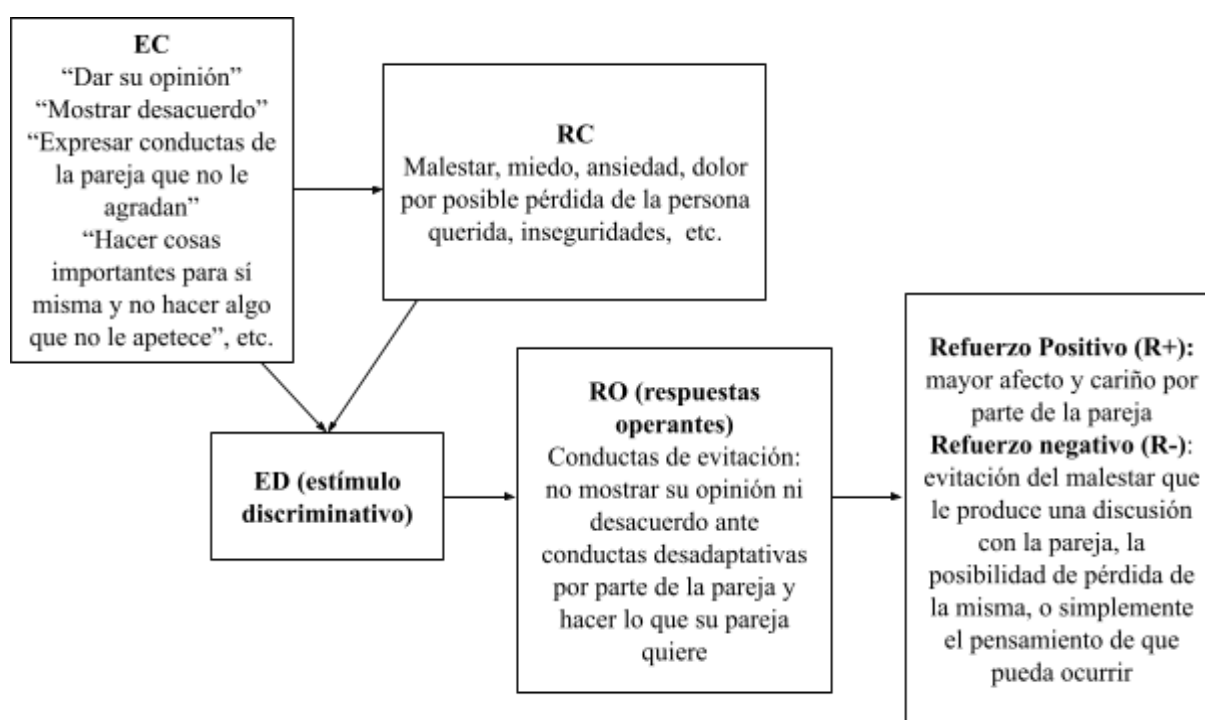
En el cuadro 4 se puede apreciar que, a través de Condicionamiento Clásico, M. asoció en relaciones anteriores el hecho de “dar su opinión” o “hacer cosas importantes para sí misma” (EN) a un estímulo incondicionado de amenaza, el cual producía malestar por sí mismo. Así, “dar su opinión”, “comunicar ciertas conductas de su pareja que no le agradan”, etc. pasó a ser un estímulo condicionado que provocaba malestar. A partir de ese momento, se

generalizó a más situaciones dentro de la pareja y, posiblemente, a futuras parejas. De esta forma, M. permitía comportamientos que no le parecían adecuados y dejó de actuar conforme sus valores, lo cual se mantenía a través de Condicionamiento Operante, expuesto en el próximo apartado.

Hipótesis de mantenimiento. Se basa en la explicación de la conservación de la conducta problema a lo largo del tiempo y resultó imprescindible para que M. tomara conciencia y la entendiese.

Cuadro 5

Hipótesis de mantenimiento de las conductas disfuncionales respecto a la relación de pareja



Tras observar el cuadro 5, se percibe cómo la relación establecida entre “expresar conductas que no le parecen apropiadas por parte de la pareja”, “hacer cosas importantes para sí misma” o “dar su opinión” y las respuestas condicionadas de malestar, funcionaba como estímulo discriminativo para realizar conductas operantes. Así, el mecanismo de mantenimiento de la conducta surgió por las conductas de evitación llevadas a cabo, como “no mostrar su opinión” o “hacer lo que su pareja quería”, las cuales provocaban diversas consecuencias positivas para M., pues recibía refuerzo positivo, como obtener mayor afecto y

cariño por parte de la pareja, además de refuerzo negativo, como eliminar el malestar que le generaba una discusión con la pareja y la posibilidad de abandono por parte de la misma.

De esta manera, se puede concluir que la función de las conductas de M. respecto a su relación de pareja eran, en diferentes circunstancias, disminuir y evitar ciertas situaciones, pensamientos, y/o emociones que le generaban malestar.

Sin embargo, a largo plazo tenía consecuencias bastante negativas para la paciente, como sumisión, dejar de actuar conforme para sí misma era importante, no tomar decisiones por sí misma, incremento del miedo al abandono, intolerancia a la soledad, intranquilidad e inseguridad constantes, aumento de la creencia de necesidad hacia la pareja y de tener como obligación agradarle, falta de comunicación en la pareja, priorizar a la pareja ante sí misma, etc.

Todos estos factores se veían influidos por otras variables, pues, se observaba que existía refuerzo intermitente en las conductas de S. El refuerzo intermitente se define como continuas conductas que reforzaban y suponían un beneficio para M. junto a conductas que la castigaban, lo que comúnmente se denomina en una relación de pareja como “una de cal y otra de arena”, siendo este proceso el que más “enganche” produce para abandonar cualquier tipo de relación, tal y como se expresa en investigaciones anteriores (Amor y Echeburúa, 2010). Por ejemplo, en ciertas inseguridades de la imagen corporal que M. presentaba, su pareja la apoyaba y animaba, con lo cual, M. consideraba que S. la ayudaba mucho; sin embargo, en otras ocasiones, la castigaba con el silencio, se cabreaba cuando quedaba con alguno de sus amigos, decidía cómo era la relación sin tener en cuenta la perspectiva de M., la obligaba sutilmente a que subiera en las redes sociales una foto con ella, que hablaran por teléfono siempre que lo requería S., etc. Esta intermitencia de conductas adaptativas y desadaptativas, es lo que provocaba en M. mayor dependencia hacia su relación de pareja.

En cuanto a las variables disposicionales, se observaba que M. seguía teniendo el apoyo de todas las personas de su alrededor, a pesar de la relación de pareja problemática que tenía, pues la limitaba en diversos ámbitos de su vida, ya que dejaba de tener conductas relevantes para sí misma, como pasar tiempo con su familia, amigos o consigo misma para evitar discusiones con su pareja.

Las relaciones de pareja que ha habido en su contexto familiar han sido favorables, pues su hermana tiene muy buena relación con su pareja y sus padres tampoco han tenido ningún problema de este tipo, pues siempre ha visto mucho amor en su familia, con lo cual, quedó descartado el modelado de forma directa. No obstante, en sus antiguas relaciones de pareja, nunca había tomado la iniciativa de terminar la relación, a pesar de que eso suponía

sufrimiento para sí misma, por lo que se pudo corroborar que este patrón de conducta dependiente lo tenía anteriormente. Asimismo, a día de hoy, el amor romántico influye mucho en las decisiones que toman los adolescentes y jóvenes sobre tolerar todo tipo de conductas por parte de la pareja, ya que la consideran el amor de su vida, y, por tanto, a la pareja se le perdona todo.

Cabe destacar también el hecho de que su pareja fuese de la misma identidad de género, lo que podía implicar cierta creencia implícita en la sociedad y en sí misma de que en las relaciones de pareja con la misma identidad de género, no existe la violencia psicológica, por lo que podía resultar más difícil para M. ser consciente de que podría estar siendo víctima de ello, tal y como muestran diversas investigaciones (Jara, 2016; Villalón, 2015). Además, podía presentar más factores de riesgo relacionados con la homofobia y el heterosexismo, tal y como refieren López y Ayala (2011) en su estudio, pues, por ejemplo, algunos familiares no tenían conocimiento sobre la orientación sexual de M. ni de sus parejas.

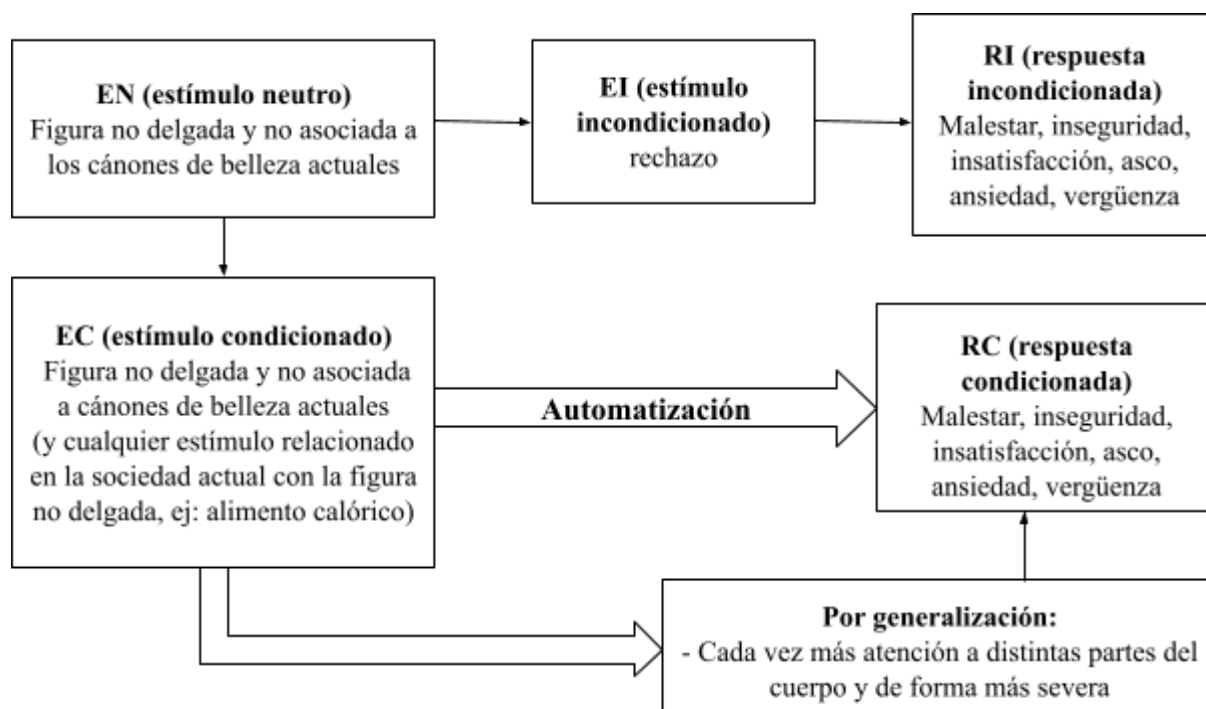
Todos estos factores se retroalimentaban, de tal forma que salir de dicho bucle resultaba una tarea bastante compleja, en la que se percibió como necesario realizar una intervención psicológica.

2.1.4.2 Conductas disfuncionales de M. respecto a su imagen corporal

Hipótesis de origen. El siguiente cuadro muestra la explicación de la adquisición de las conductas problemáticas de M. respecto a su relación con su cuerpo.

Cuadro 6

Hipótesis de origen de las conductas disfuncionales respecto a la imagen corporal

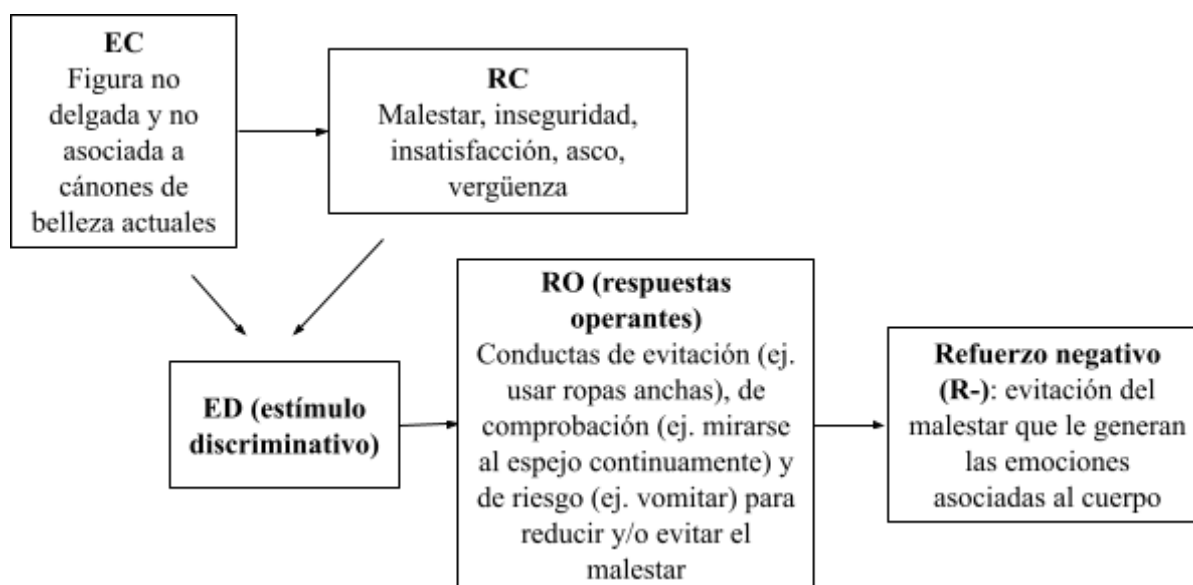


En el cuadro 6 se muestra cómo, en un determinado momento de su vida, posiblemente durante la adolescencia, comenzó a asociarse la figura no delgada y no entrar dentro de los cánones de belleza actuales, que en principio era un estímulo neutro, con rechazo, a través de Condicionamiento Clásico. Así, el percibir su figura como no delgada, generaba en sí misma, respuestas de malestar propias del rechazo, como insatisfacción, asco, ansiedad, vergüenza e inseguridad, lo cual se generalizaba, con el paso del tiempo, a más partes del cuerpo y dicho malestar se veía intensificado.

Hipótesis de mantenimiento. La continuidad en el tiempo de las conductas desadaptativas se explicó de la siguiente manera:

Cuadro 7

Hipótesis de mantenimiento de las conductas disfuncionales respecto a la imagen corporal



En el cuadro 7 se puede comprobar cómo la asociación de la figura no delgada (EC) con respuestas condicionadas de malestar, suponía un estímulo discriminativo para la realización de diversas conductas, las cuales tenían ciertas consecuencias, a través de Condicionamiento Operante. De esta manera, se presentaban conductas de evitación, como usar ropa ancha o sentarse de determinada manera para disimular algunas partes del cuerpo, conductas de comprobación, como mirarse continuamente al espejo, o pesarse y conductas de riesgo, tales como vomitar o restringir la alimentación.

El motivo del mantenimiento de las conductas problemáticas citadas anteriormente, se debía a la eliminación, reducción y/o evitación del malestar que le generaban las emociones asociadas a la imagen corporal, a través de refuerzo negativo, así como una mayor sensación de bienestar en las épocas de su vida en las que había estado más delgada, a través de refuerzo positivo. De este modo, la función de todos esos comportamientos era evitar el malestar relacionado con la insatisfacción corporal. Sin embargo, a largo plazo, existían otras consecuencias negativas, tales como problemas de salud, anemia, mayor obsesión por el aspecto físico, culpabilidad, sensación de falta de control sobre el propio cuerpo, mentir a personas cercanas, martirizarse continuamente, etc.

Además de todos los procesos explicados anteriormente, existían variables disposicionales que influían en el mantenimiento de la conducta problemática. Así, por ejemplo, los padres de M. pesaban la cantidad de comida que ingerían, por lo que la paciente aprendió a darle importancia a este hecho a través de la técnica de modelado. Tampoco recibía

castigo por su entorno al decidir no comer alimentos con mayor aporte de calorías. Por otro lado, le solía preguntar a sus amistades qué tal le sentaba algún tipo de ropa y el hecho de que los demás respondieran, podía estar reforzando positivamente su conducta e influyendo de forma indirecta en la importancia que le daba a la imagen corporal.

Sin embargo, en ninguno de sus contextos había recibido críticas respecto a su cuerpo ni su peso. Asimismo, no había expresado anteriormente a nadie la relación disfuncional que tenía con la comida, por lo que nadie la animaba a acudir a un profesional por ello. Igualmente, es preciso explicitar la importancia que la sociedad actual otorga a la imagen corporal y a los cánones de belleza impuestos, tal y como expresan diversas autoras, como Moreno (2019) y Rodríguez y Cruz (2008) lo que podía estar influyendo de forma indirecta en la relevancia que M. le asignaba a su aspecto físico.

Antes de finalizar el proceso de evaluación e hipótesis de origen y mantenimiento, se realizaron distintos autorregistros para poder evaluar las conductas problemáticas de manera transversal durante toda la intervención (Anexos VII, VIII, IX, X y XI).

Finalmente, la cuarta sesión fue explícitamente dedicada a la explicación de la hipótesis de origen y de mantenimiento de ambas problemáticas para que M. fuera consciente de dónde provenían sus conductas disfuncionales, cómo se mantenían y, sobre todo, qué consecuencias a largo plazo provocaba en ella misma seguir actuando así con el paso del tiempo. Se hizo hincapié en la posibilidad de cambiar las conductas desadaptativas que provenían de sí misma, en este caso, relacionadas con la pareja y con la imagen corporal, y que eso se podría conseguir con mayor facilidad si existía motivación para el cambio, así como una elevada implicación en la intervención, tal y como se pudo contemplar en todo el proceso terapéutico de M.

2.1.5 Objetivos

Una vez explicadas las hipótesis, era necesario tener certeza absoluta de que M. no tenía ninguna duda al respecto. Posteriormente, se procedió a la elaboración conjunta de los objetivos en sesión. Se distinguió entre objetivos clínicos, que se refiere a los objetivos finales y, objetivos procedimentales, definiéndose como aquellos pasos intermedios y necesarios para poder alcanzar los objetivos finales.

2.1.5.1 Objetivos clínicos referidos a las conductas problemáticas respecto a la pareja: toma de conciencia sobre las conductas propias de maltrato psicológico y disminuir la dependencia emocional hacia la pareja. Para ello, era necesario conseguir los siguientes objetivos procedimentales:

- Eliminar el patrón de evitación experiencial para suprimir el malestar referente a la pareja.
- Conseguir mayor flexibilidad psicológica.
- Conocer sus valores más importantes e ir en dirección a los mismos.
- Lograr defusión cognitiva respecto a distintos pensamientos y emociones.
- Aceptar las emociones y pensamientos que emergían.
- Atender al momento presente.

2.1.5.2 Objetivos clínicos acorde a la insatisfacción corporal: eliminar la insatisfacción corporal y las posibles conductas de riesgo, así como disminuir las conductas de comprobación y de evitación. De esta forma, se consideraba relevante obtener los siguientes objetivos procedimentales:

- Eliminar el patrón de evitación experiencial en relación a la imagen corporal.
- Alcanzar mayor flexibilidad psicológica.
- Tomar conciencia de las emociones y pensamientos asociados al propio cuerpo y aprender a tolerarlos sin huir de los mismos.
- Promover la aceptación del propio cuerpo .
- Conseguir una vida rica en valores.
- Adquirir defusión cognitiva.
- Prestar atención al momento presente.

2.1.6 Intervención

Tal y como se expresa en apartados anteriores, se tomó la decisión de intervenir con M. a través de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) por la eficacia que muestra en investigaciones anteriores. Debido a que ACT es una terapia transdiagnóstica, la intervención se basó en los mismos principios tanto para la dependencia emocional como para la insatisfacción corporal, pues tal y como muestra la literatura científica (Ramírez, 2020), se identificaron mecanismos comunes subyacentes a dichas dificultades psicológicas.

No obstante, se decidió dividir la intervención según los objetivos clínicos para que resultara más sencillo, visible y comprensible, tanto para la paciente como para el lector.

2.1.6.1 Programa de intervención basado en las conductas problemáticas respecto a la relación de pareja

Para la intervención en las conductas desadaptativas de M. en su relación de pareja, se trabajaron los objetivos uno a uno, teniendo en cuenta que, al gestionar uno de ellos, podía influir indirectamente en los demás. En primer lugar, antes de comenzar la intervención, se firmó un contrato entre terapeuta y paciente (Anexo VI), en el que ambos eligieron implicarse en la terapia y realizar, en la medida de lo posible, las conductas que facilitaban la consecución de los objetivos.

Toma de conciencia sobre las conductas propias de maltrato psicológico. Para ello, se realizó una lista de las conductas que consideraba que no debían existir en una relación sana y se trabajó a través de diversas preguntas “¿Consideras que existen algunas en tu relación de pareja?” “¿Cómo quieres actuar ante ellas?” “¿Crees que debes aceptarlas?” Desde ese momento, se le pidió a M. que rellenara un autorregistro en el que se recogieran las conductas de su pareja que no le agradaban, cómo se sentía, qué hacía ante ellas y qué conductas alternativas más adaptativas podía desarrollar (Anexo VII).

También se llevaron a cabo distintas preguntas en relación con sus valores: “¿Cómo es tu relación de pareja ideal?” “¿En qué difiere de la relación de pareja que tienes actualmente?” “¿Cómo quieres ser en tu relación de pareja?” “¿Cómo te gustaría que fuese tu relación de pareja?” “¿Qué estás perdiendo con tal de continuar con tu pareja?” “¿Consideras que estás dejando atrás aspectos importantes para ti con tal de no discutir con tu pareja?” El objetivo con este ejercicio era que tomara consciencia de si su relación de pareja era disfuncional y si realmente quería continuar en ella, si la estaba limitando o no en algunos ámbitos de su vida y de si estaba viviendo su vida tal y como quería hacerlo.

De la misma forma, durante toda la intervención, era frecuente el uso de metáforas, tales como la metáfora del autobús (Wilson y Luciano, 2014), que sirvió como guía durante toda la terapia. A través de ésta, M. llegó a la conclusión de que era la conductora del autobús de su vida y que, a pesar de todos los pasajeros (emociones y pensamientos que le generaban malestar) que estuvieran en el autobús, había de conducir en dirección a lo que para ella era importante. Sin embargo, si en lugar de actuar así, permitía que un pasajero guiara el camino para que no le generase malestar, “¿qué perdía?”, “¿qué ocurría a largo plazo?”, “¿estaría viviendo la vida que quería vivir?”.

Asimismo, se realizó un ejercicio en el que se le pidió que pensara en una persona cercana e importante para ella y que imaginara que la pareja de esa persona le decía frases del tipo: “si quieres continuar conmigo tendrá que ser como yo diga” “tienes que estar agradecida de que no me cabree porque salgas con tus amigos” “no subes ninguna foto conmigo, parece que no quieres que sepa nadie que estamos juntas”, etc. Una vez imaginada dicha situación, “¿qué pensaría?” “¿qué le diría a esa persona tan importante para ella?” “¿querría que se comportaran así con una persona que quiere tanto?” Este ejercicio pretendía hacer más consciente de lo desadaptativas que eran diversas conductas de su pareja observándolas desde otra perspectiva.

De igual modo, se hizo especial hincapié en que sólo se trabajaría en terapia lo que dependía de sí misma, su conducta, pues no se podían trabajar los comportamientos de su pareja, ya que no tenía el control de los mismos y no dependía de ella ni era su responsabilidad cambiar la conducta de su pareja. Sin embargo, sí podía tomar la decisión de no tolerar ciertos comportamientos hacia su persona, así como querer o no continuar en dicha relación en función a sus valores.

También se expuso un video (Congost, 2019) que reflejaba cómo una persona víctima de violencia psicológica en la pareja, al mirarse al espejo, es muy posible que no se reconozca, pues actúa conforme su pareja prefiere y no realmente por lo ella misma quiere. Así, M. afirmó que se sentía identificada con lo que se decía en el video, por lo que pudo ser más consciente de la forma en la que interaccionaban su pareja y ella en ese momento.

Asimismo, se le pidió a M. que cada vez que su pareja impusiera algún tipo de conducta, aunque fuera de forma sutil, ella diera su opinión, se expresara y tomara las decisiones teniendo en cuenta qué era lo relevante para sí misma, aunque la acompañaran todas esas emociones y pensamientos (pasajeros del autobús) que le generaban malestar. Para ello, se realizaron role-playing y se recogió un autorregistro en el que había que recopilar todas aquellas situaciones en las que tomaba decisiones y actuaba en función de sus valores, para que cada vez fueran más frecuentes las ocasiones en las que se priorizaba a sí misma frente a la relación de pareja (Anexo VIII).

Se puede concluir que dichos ejercicios tenían como objetivo intervenir en valores, pues las personas víctimas de violencia y con conductas dependientes suelen sacrificar sus propios deseos, tal y como muestra la literatura revisada (Deza, 2012; Laca y Mejía, 2017; Ramirez, 2020).

Disminuir la dependencia emocional hacia la pareja. Era de especial importancia concretar qué conductas perpetuaban la dependencia emocional. Así, se podía observar que modificaba planes (ir a los viajes con sus amigos, tocar la guitarra o dibujar, e incluso, ver a su abuela) para tenerlos con S. aún prefiriendo realizar los primeros, con tal de evitar el miedo a perder a su pareja. En este sentido, se trabajaron, por un lado, los valores, para ser consciente de lo que perdía actuando así y, por otro, desesperanza creativa y exposición a las emociones que surgían ante una discusión con S.

De esta manera, se procedió a practicar desesperanza creativa, a través de diversas metáforas, como la del oso blanco (Wilson y Soriano, 2014), que consiste en imaginar durante un minuto a un oso blanco y de ojos negros y, transcurrido ese tiempo, se le pidió que se concentrara en eliminarlo de su mente. De esta forma, M. observó que todos sus esfuerzos por dejar de pensar en dicho animal, fueron en vano. Así, se realizaron preguntas para que M. comparara al oso con el intento constante de eliminar el miedo a perder a su pareja, para que fuese consciente de que lo que había hecho hasta entonces para evitar el malestar que le generaban dichas emociones, no le servía, pues éste se seguía perpetuando en el tiempo. Para ello, se expusieron ejemplos de experiencias pasadas en las que había actuado de una determinada manera para evitar el miedo a una discusión o a que la relación se acabara, y se comprobara que de esa manera no se había conseguido, ya que dicha emoción continuaba.

Además, a largo plazo, perdía en cuanto a aspectos importantes para sí misma, como no irse de erasmus y conocer gente que la ayudara a enriquecerse como persona. Es en este punto en el que se utilizó de nuevo la metáfora del autobús (Wilson y Soriano, 2014) y se le preguntó en qué dirección quería conducir, si prefería ser ella la conductora o que lo fuese el miedo a que la relación acabara, trabajando, de esta forma, los valores.

También se realizó un ejercicio en el que tenía que imaginar que las emociones y pensamientos que le surgían en sesión y que habían sido más frecuentes en los días anteriores, como, por ejemplo, “en realidad no tenía que haber actuado así”, “la culpa la tengo yo”, etc. Se colocaron en hojas de árboles caduca, imaginando cómo caían y se iban alejando con el viento. Así, la realización de dicho ejercicio supuso tomar distancia con los pensamientos y emociones que le venían respecto a la relación de pareja, de tal forma que no intentara controlarlos ni eliminarlos, simplemente observarlos. De esta manera se trabajó el componente de defusión (Wilson y Soriano, 2014).

Cabe destacar que se intervino en la tolerancia y aceptación de las emociones que surgían en una discusión, como culpabilidad, miedo al abandono y a la soledad, ansiedad, intranquilidad, inseguridad, incertidumbre, etc., lo que podía dar lugar a una reducción de las

conductas de subordinación y dependientes relacionadas con la pareja según la literatura revisada (Cubas y cols., 2004; Luciano y Hayes, 2001; Secades y Fernández, 2001). Para ello, se realizaron en sesión distintos ejercicios de mindfulness (Wilson y Soriano, 2014), que se basan en concentrarse para atender a diferentes historias hipotéticas relacionadas con su pareja. Estas historias le provocaban malestar y el objetivo era experimentar y reconocer las emociones que sentía en ese momento, sin intentar eliminarlas ni controlarlas. De esta manera, se trabajó la identificación de emociones y la aceptación de las mismas.

Además, se realizó la metáfora del vaso (Wilson y Soriano, 2014), para integrar el yo como contexto. Esta metáfora consiste en introducir distintas bebidas en el mismo vaso, experimentando cómo el contenido del mismo va cambiando, identificándose éste con los pensamientos y emociones de M. y, percibiendo cómo el vaso sigue siendo el mismo, definiendo de esta forma el yo como contexto. Así, M. reconoció que ella no es las emociones ni pensamientos que siente, ya que éstas están en constante cambio. De esta forma, M. no es su miedo a la soledad, ni la culpa que siente, simplemente es una persona que en un momento determinado siente unas emociones concretas, pero éstas no la definen.

Se hizo especial hincapié en la importancia de exponerse a las situaciones reales que le generaban esas emociones que le suponían malestar sin prevención de respuesta (Secades y Fernández, 2001). Sin embargo, en algunas circunstancias no resultaba fácil, ya que exponerse a la soledad, para así aceptarla y tolerarla, era una tarea complicada, pues en su experiencia previa había tenido parejas prácticamente toda su juventud y, en ese momento, continuaba teniendo una relación, por lo que era complejo exponerse a situaciones de soledad. Aun así, se realizó exposición en imaginación en sesión y se animaba a M. a que realizara actividades gratificantes y emotivas para ella, permitiéndose pasar tiempo consigo misma, sin necesidad de la presencia de personas externas.

2.1.6.2 Programa de intervención basado en la insatisfacción corporal

La intervención ejercida sobre la insatisfacción corporal se realizó de forma paralela a la problemática de la dependencia emocional y también se basó en la aplicación de ACT, por lo que el mecanismo de intervención fue similar. De esta forma, se trataba de conductas problemáticas topográficamente distintas, pero cumplían la misma función de evitar ciertas emociones, pensamientos y situaciones contextuales que generaban malestar, tal y como expresan Hayes y Levin (2012). Así, el objetivo clínico a tratar fue el siguiente:

Eliminar la insatisfacción corporal y las posibles conductas de riesgo, así como reducir las posibles conductas de evitación y de comprobación. En primer lugar, se pidió a M. que leyera distintos capítulos del libro palabras para desnudar un espejo (Moreno, 2018) según los temas a abordar en cada sesión. También se elaboró conjuntamente un autorregistro diario sobre las distintas conductas de comprobación que existían en M, con tal de reducirlas gradualmente (Anexo IX). A pesar de que M. llevaba aproximadamente dos meses sin tener conductas de riesgo, tales como vomitar, se realizó otro autorregistro (Anexo X) y se hizo explícita la importancia de ser totalmente sincera en sesión. Además, se trabajó la importancia de desayunar diariamente y de hacer todas las comidas del día, sin restringir alimentos que le agradaban a pesar de que fuesen calóricos. Se había de eliminar la conducta de pesar la comida y de pesarse. También se llevó a cabo la eliminación de conductas de evitación, tales como usar siempre ropa ancha, y se utilizó un autorregistro para tener un control de dichos comportamientos (Anexo XI). Era muy importante reforzar cada paso que daba, pues no resultaba una tarea fácil para sí misma.

Asimismo, se expuso en terapia una metáfora, llamada técnica del semáforo (Wilson y Soriano, 2014), que se basa en suponer que, repentinamente, las reglas sobre los semáforos cambian y, el verde significa pararse y el rojo continuar. Para acostumbrarse a este cambio, se requiere de un proceso, y aún así, muchas veces, surgirán equivocaciones hasta automatizar esta conducta; ocurría exactamente lo mismo con las conductas desadaptativas de M. respecto a su imagen corporal, por lo que era necesario normalizar que el cambio requería tiempo, esfuerzo y no siempre iba a ser lineal.

Igualmente, para normalizar que no es posible permanecer en un estado de bienestar constante, se realizó una comparativa de la vida percibiéndola como una montaña rusa con vaivenes emocionales, de tal forma que lo importante no es estar siempre arriba, si no aceptar que hay situaciones en las que también se está en la parte baja de la montaña rusa (Moreno, 2019).

Era de especial relevancia trabajar la desesperanza creativa tal y como muestran Juarascio y cols., (2016). Para ello, se empleó la metáfora de las arenas movedizas (Wilson y Soriano, 2014), en la que se contempla que mientras más se mueva una persona que ha caído en las arenas movedizas, más se hunde. De esta forma, se percibe que dicha conducta no es útil. Se comparó esta metáfora con las conductas de M. y se comprobó que ésta no eliminaba el malestar con su cuerpo realizando las conductas de riesgo, de evitación y de comprobación. De hecho, dichas conductas mantenían a largo plazo el malestar y la obsesión con su aspecto físico.

También se trabajó en sesión la siguiente metáfora para aceptar el malestar y las emociones que le desagradaban: una persona decide limpiar un vaso que está muy sucio y lleno de grasa y, mientras lo hace, hay un momento en el que el vaso está aún más sucio que al principio porque se mezcla la grasa y la suciedad con el jabón. Sin embargo, cuando después se enjuaga, toda la suciedad se va y el vaso se queda limpio. Ese proceso es necesario para conseguir limpiarlo (Wilson y Soriano, 2014). De esta manera, se observó, en concordancia con estudios anteriores (Jennings y cols., 2015) que convivir y aceptar esos miedos e inseguridades también formaba parte del proceso terapéutico y permitía una mayor flexibilidad psicológica (Juarascio, 2011).

Se utilizó la metáfora del ajedrez (Wilson y Soriano, 2014) para integrar el yo como contexto y la defusión, componentes relevantes según Juarascio (2011). Así, a M., se le preguntó con qué piezas del ajedrez se identificaba, comentándole que las piezas negras eran los pensamientos y emociones que no le gustaban y las piezas blancas eran las que sí le gustaban. De esta manera, y a través de diversas preguntas, M. fue consciente de que ella no era ni las piezas blancas, ni las negras, ella era el tablero y, desde este, podía observar todas esas piezas, sin ser ninguna de ellas. Desde esta perspectiva, se trabajó la defusión con distintos pensamientos que le venían a M., tales como “soy gorda”, “soy fea” o “doy asco”.

Cabe destacar la importancia de trabajar los valores, tal y como se muestra en la literatura revisada (Juarascio, 2011; Mac y cols., 2018). Para ello, se recordaron aspectos importantes para la vida de M., como compartir momentos con sus amigos, ya fuese yendo a tapear, a la playa, de excursiones a ríos, etc., así como estar saludable, ser sincera, etc. Para ello, se utilizó la metáfora del autobús (Wilson y Soriano, 2014), expuesta en la intervención anterior, pues M. se identificaba mucho con dicha metáfora. Así, M. era la conductora del autobús y tenía que guiarlo por ella misma en dirección a compartir tiempo con sus amigos, estar saludable, no mentir a sus seres queridos, etc., independientemente de los pasajeros que existiesen, tales como inseguridades, miedos, vergüenza, culpa, o pensamientos del tipo “todos van a ver lo gorda que estoy”, “voy a engordar”, etc. De esta forma, vomitar, restringir la alimentación, mentir y evitar lugares que podría compartir con sus amigos, para eliminar emociones y pensamientos desagradables, la alejaban de lo realmente importante para ella.

Asimismo, se realizó mindfulness a través de distintos ejercicios en los que se prestaba atención a las distintas partes de su cuerpo, tocándolas y acariciándolas, percibiendo las emociones y pensamientos que surgían en dicho momento. Así, la persona adquirió conciencia plena de las emociones y pensamientos que venían, sin intentar cambiarlos, simplemente observándolos y aceptándolos, siendo este un componente muy importante de

ACT según distintos estudios (Bluett y cols., 2016; Mac y Hudson, 2018; Juarascio, 2011). También se aprovecharon las emociones y pensamientos referentes al cuerpo que surgían en sesión para trabajar la defusión. Se pedía que fuera al aire libre y que colocara cada uno de los eventos privados en diferentes nubes, mientras se observaba cómo éstas se iban alejando poco a poco junto con dichos pensamientos y emociones.

Una vez integrados y trabajados todos los componentes de ACT a través de diversas metáforas y ejercicios, se percibió como necesaria la realización de exposición pura frente al espejo, que consiste en estar en ropa interior delante de un espejo, pudiendo ver todas las partes del cuerpo que no le gustaban y que estaban asociadas a emociones que le generaban malestar, como asco, insatisfacción, vergüenza, etc. Con este ejercicio se pretendía realizar exposición con prevención de respuesta, de tal forma que permitiera que entrasen todas las emociones desagradables, las dejara estar, las tolerase y las aceptase, lo cual se ve apoyado por diversos estudios para la mejora de la insatisfacción corporal (Díaz 2015; Moreno, 2012).

Se realizaron múltiples exposiciones seguidas en el tiempo (mínimo dos veces en semana), ya que de esta forma se podía producir un proceso de habituación en el que se tolerasen las emociones que venían y no resultaran tan perjudiciales. Se hizo hincapié en que, a través de este ejercicio, se podría reducir el malestar, sin embargo, no era ésta la finalidad última del mismo, sino aceptar las emociones que se percibieran en cualquier situación, las cuales se habían evitado mucho tiempo. De hecho, posiblemente haya situaciones en el futuro que le provoquen malestar, y el objetivo es que permita entrar a las emociones asociadas sin luchar contra ellas ni tratar de eliminarlas de alguna forma. En cada exposición, se recogió el nivel de malestar de 1 a 10 cada 5 minutos a través de un gráfico (Anexo XII) y el nivel de intensidad del 1 al 10 de las emociones que sentía, al comenzar y al terminar cada exposición (Anexo XIII), con el objetivo de comprobar si se producía el fenómeno propio de la habituación. El número de exposiciones depende de cada persona, pues hasta que la curva de la gráfica es casi plana, es necesario continuar las exposiciones (Moreno, 2019).

Finalmente, se ha de especificar que se realizaron los ejercicios y metáforas de manera transversal y se trabajaron todos los componentes de ACT según se consideró oportuno en terapia, sin necesidad de llevar previamente un orden establecido en cada sesión.

2.2 Resultados y seguimiento

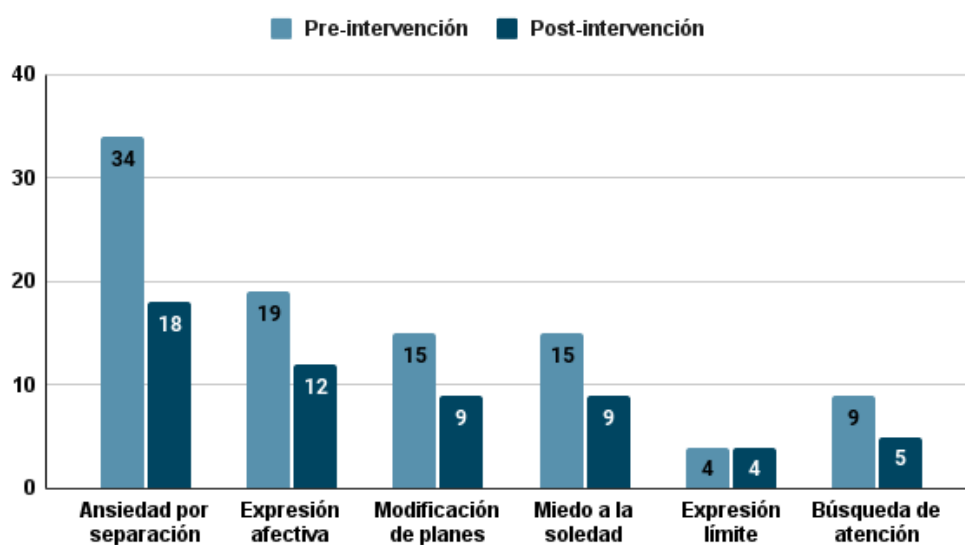
Tras la intervención con ACT, se percibieron cambios en el patrón de comportamiento de M., lo que se pudo mostrar a través de diversos cuestionarios y de la forma en que M. se expresaba en la post-intervención.

Se puede ver en la gráfica 1 y 2 los cambios reflejados en el Cuestionario de Dependencia Emocional (Lemos y Londoño, 2006) (Anexo II).

Gráfica 1

Puntuación en las subescalas del Cuestionario de Dependencia Emocional en la pre y post-intervención

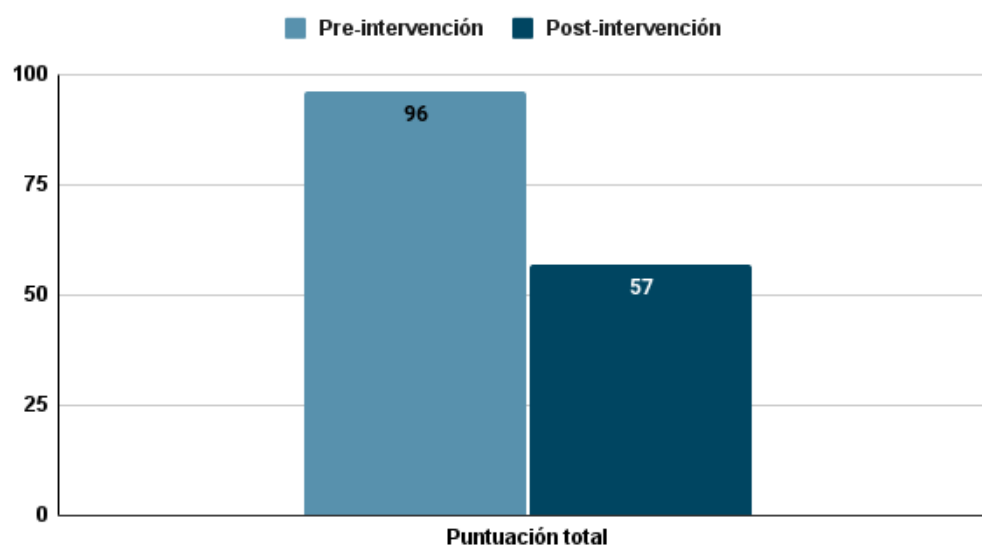
Puntuaciones en el CDE pre-post intervención



Gráfica 2

Puntuación total del Cuestionario de Dependencia Emocional en la pre y post-intervención

Puntuaciones en el CDE pre-post intervención



Así, M. obtuvo en la evaluación inicial una puntuación total en el CDE de 96, estando el punto de corte 81, y, tras la intervención en ACT, se observó una puntuación de 57, tal y como se percibió en la gráfica 2. De esta forma, existió disminución en cada una de las subescalas, tal y como se muestra en la gráfica 1, pues M. no modificaba la mayoría de planes para estar con su pareja a pesar de que eso supusiera una discusión, seguía presentando miedo de ser abandonada por su pareja y ansiedad de separación, pero no a tal intensidad y no permitía que éstos tomaran el control de su conducta. Tampoco presentaba tanta necesidad de afecto ni de atención, de hecho, cada vez se mostraba más reticente ante sus comportamientos intermitentes de amor/odio. En cuanto a la expresión límite se mantuvo baja.

Se comprobó de forma subjetiva que, tras el tratamiento, M. dirigía su vida en torno a sus valores, pues, por ejemplo, tomó la decisión de irse de Erasmus, a pesar de que eso pudiera suponer una ruptura con su pareja. De esta manera, se advirtió del trabajo en valores y defusión, del aumento de la exposición, de la tolerancia y aceptación de emociones, tales como la culpabilidad por priorizarse a sí misma o el miedo a la soledad.

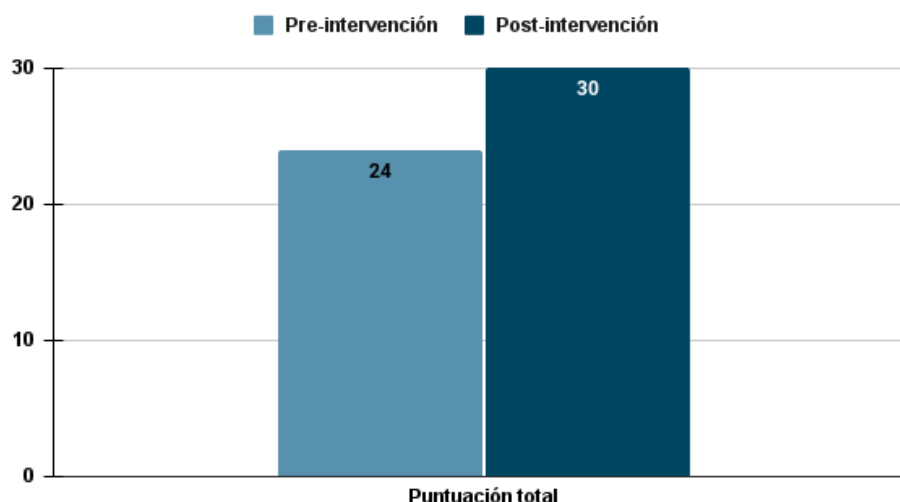
A través del CUVINO-R (Rodríguez-Díaz y cols., 2017) (Anexo III), se observó que su pareja continuaba teniendo conductas de coerción, pues seguía puntuando alto en ítems como “te habla sobre relaciones amorosas que imagina que tienes”, “deja de hablarte, e invade tu espacio e intimidad”; con la diferencia de que M. tomaba las decisiones que consideraba oportunas para sí misma, priorizándose frente a la relación de pareja y comunicando a S. lo que estimaba desadaptativo de su conducta. Cabe destacar que M. era consciente de las conductas de violencia psicológica ejercida por parte de su pareja y, valoraba terminar con la relación si continuaban dichos comportamientos disfuncionales por su parte.

En cuanto al Cuestionario de Autoestima de Rosenberg (Rodríguez, 1965) (Anexo IV), se advirtió cierta mejoría, tal y como refleja la siguiente gráfica.

Gráfica 3

Puntuación total del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en la pre y post-intervención

Puntuación total en el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg



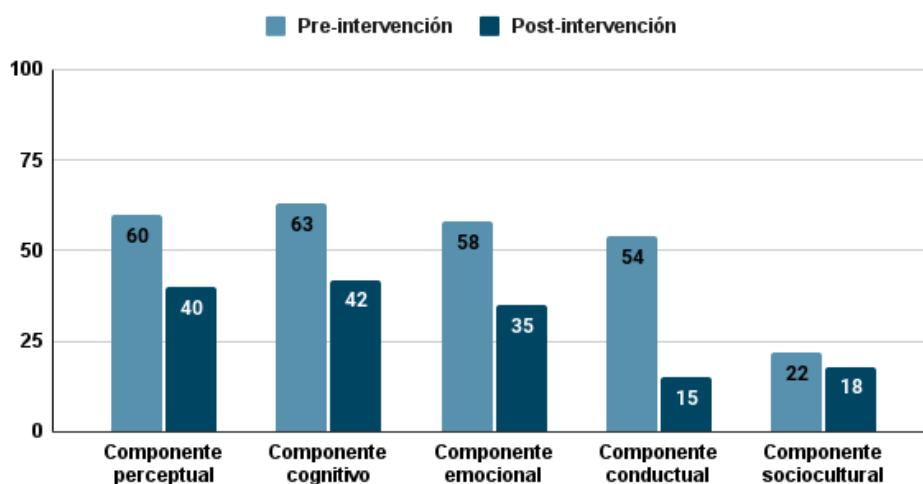
M. obtuvo una puntuación de 24 en la evaluación inicial, estimándose el punto de corte en 25. Tras la intervención en ACT, M. adquirió una puntuación de 30, lo que supuso un aumento de la autoestima, tal y como se puede comprobar en la gráfica 3. Así, puntuó más alto en satisfacción y actitud positiva hacia sí misma, percepción de hacer las cosas tan bien como la mayoría de personas y valorarse más que anteriormente.

En cuanto al Test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal (Moreno, 2019) (Anexo V), se observaron diferentes comportamientos tras la intervención, tal y como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 4

Puntuación en % de los componentes del Test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal en la pre y post-intervención

Puntuaciones en % en el Test de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción corporal



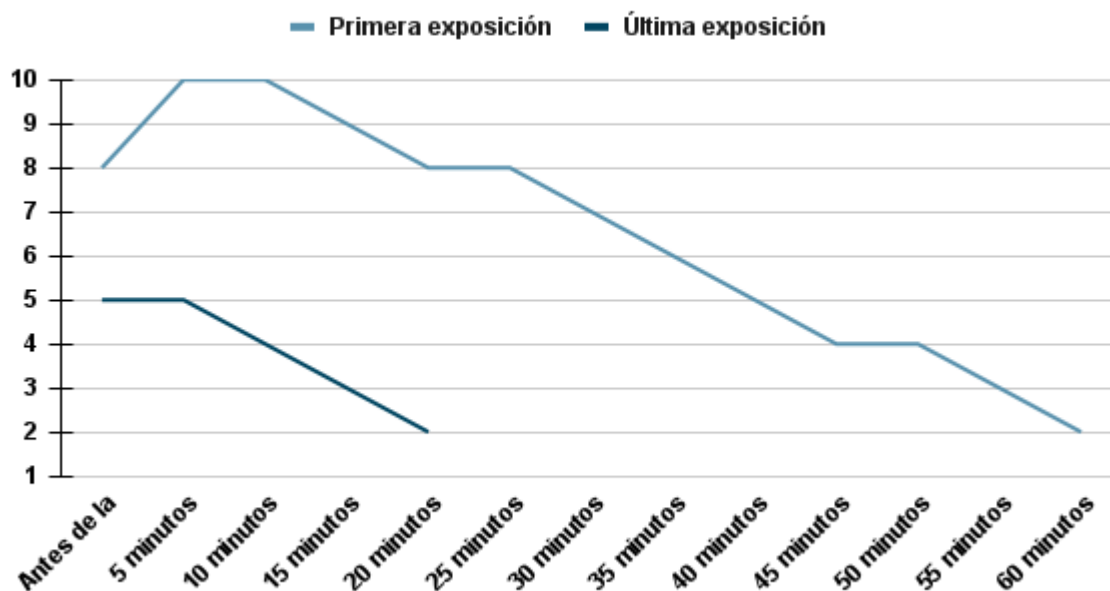
Tal y como se corrobora en la gráfica 4, se percibió disminución en todos los componentes de la insatisfacción emocional. El más significativo fue el componente conductual, pues se eliminaron por completo las conductas de riesgo, no existían vómitos, ni restricción de comida, ayunos, etc. Asimismo, las conductas de comprobación, tales como compararse, o mirarse en el espejo muchas veces al día, se redujeron en gran cantidad y, algunas de ellas, fueron eliminadas por completo, como pesarse o probarse ropa para medir su volumen. En cuanto a las conductas de evitación, dejó de usar únicamente ropa ancha y se compró varios tops, los cuales había usado en diversas ocasiones y estuvo en la playa sin ponerse la camiseta o la toalla. Respecto a los componentes perceptual, cognitivo y emocional también hubo reducción, y el componente sociocultural continuó bajo.

Es de especial importancia resaltar los resultados obtenidos a través de la exposición pura frente al espejo, debido al proceso de habituación. De esta manera, las siguientes gráficas muestran la diferencia entre el nivel de malestar en la primera exposición frente al espejo, y la última, tras 16 exposiciones, así como las emociones asociadas a su cuerpo durante y después de cada ejercicio, tanto en la primera como última exposición.

Gráfica 5

Nivel de malestar en la primera y última exposición pura frente al espejo

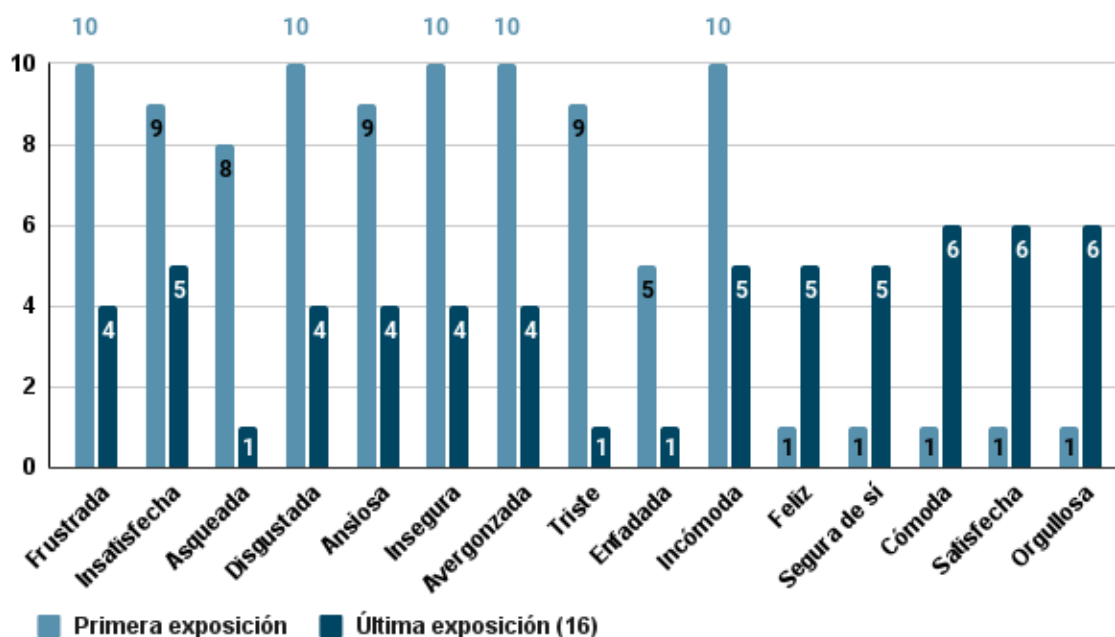
Nivel de malestar con el cuerpo del 1 al 10 durante la exposición



Gráfica 6

Emociones asociadas al cuerpo durante la exposición en el primer y último ejercicio de exposición

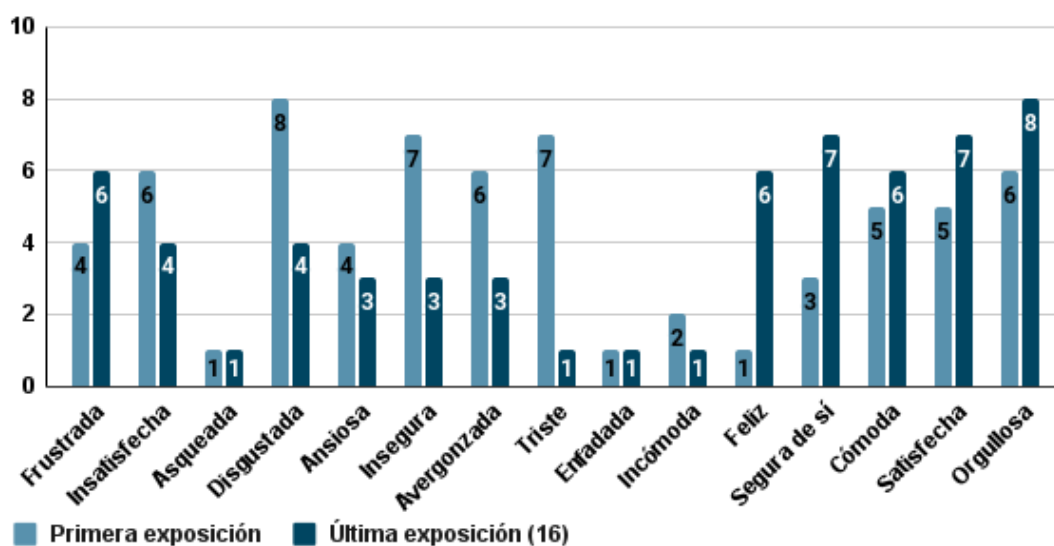
Emociones asociadas al cuerpo durante la exposición en el primer y último ejercicio de exposición



Gráfica 7

Emociones asociadas al cuerpo al terminar la exposición en el primer y último ejercicio de exposición

Nivel de intensidad de emociones asociadas al cuerpo al terminar la exposición en el primer y último ejercicio de exposición



A través de la gráfica 5, se puede observar una notable disminución del malestar frente al espejo tras los 16 ejercicios de exposición. Asimismo, al comparar la primera exposición con la última, también hubo disminución de la intensidad de emociones que consideraba

desagradables, así como potenciación de las emociones agradables durante la realización del ejercicio, como se especifica en la gráfica 6. También existía menor intensidad de las emociones desagradables y mayor de las agradables al terminar el ejercicio al comparar la primera exposición con la última, tal y como se observa en la gráfica 7. Esto supone que, a pesar de que había aspectos de su cuerpo que no le agradaban, los toleraba y aceptaba.

Asimismo, se percibió cómo trabajaba diariamente conciencia plena y defusión con los pensamientos que le venían, de tal forma que en terapia expresaba frases del tipo “me han venido pensamientos de que estoy gorda, pero no he dejado de ir a tapear con mis amigos, porque me apetecía estar con ellos”. También reconocía sus valores, como estar saludable, y era muy consciente de que quería ir en dirección a ellos, aunque a veces supusiera cierto malestar hacerlo.

Se realizó una sesión de seguimiento tras dos semanas, en la que continuaban manteniéndose dichos resultados. Se espera continuar el seguimiento a través de distintas sesiones aumentando progresivamente la distancia en el tiempo.

2.3 Discusión

Los resultados obtenidos han mostrado concordancia con varios estudios que indican que favorecer la aceptación de emociones, la defusión con los eventos privados, tomar conciencia plena y priorizar los aspectos más relevantes para la persona, da lugar a una reducción de las conductas subordinadas relacionadas con la pareja (Cubas y cols., 2004; Luciano y Hayes, 2001; Ramírez, 2020; Secades y Fernández, 2001) y una disminución de la insatisfacción corporal (Bluett y cols., 2016; Jennings y Apsche, 2014; Juarascio, 2011; Juarascio y cols, 2013; Mac y Hudson, 2018; Mac, Neil y Montemarano, 2015).

También se observa que los efectos de la exposición con prevención de respuesta han supuesto una mejoría en cuanto a la aceptación de emociones que surgen referentes a la dependencia emocional, tal y como corroboran Secades y Fernández (2001) y a la insatisfacción corporal, en concordancia con diversos estudios de Moreno (2012) y Díaz (2015), lo que podría permitir a los pacientes una mayor flexibilidad psicológica (Juarascio, 2011).

Finalmente, se puede concluir que la intervención en ACT ha cumplido con los objetivos marcados, y que, por ende, existe un patrón mayor de flexibilidad psicológica en M. y una eliminación de las conductas de evitación del malestar. Así, se observa que un aumento de la exposición y aceptación de las emociones, la defusión con las mismas e ir en dirección a los valores, además de la utilización de múltiples metáforas experienciales, ha influido en la

eliminación de las conductas problemáticas de M. referentes a la relación de pareja y a la imagen corporal. Finalmente, se considera la importancia de la relación terapéutica establecida y la motivación de la paciente para el logro de los objetivos.

2.4 Conclusiones y limitaciones

Pese a que ACT es un modelo transdiagnóstico de flexibilidad psicológica, la evidencia científica expuesta en cuanto a intervención en dependencia emocional, es escasa, tal y como exponen Sophia, Tabares y Ciberman (2007), por lo que se requiere mayor investigación científica respecto a la intervención en este ámbito. Esto puede deberse a la normalización que existe en la sociedad sobre ciertas conductas de dependencia emocional y a la dificultad para ser conscientes de las mismas. Así, en cuanto a prevención, sería interesante para futuras investigaciones, impartir algunos talleres o cursos en colegios para adolescentes, realizando psicoeducación frente a dicha problemática.

La literatura recopilada muestra cierta relación entre dependencia emocional, violencia psicológica e insatisfacción corporal, sin embargo, aún es algo difusa. De esta manera, sería necesario indagar más en referencia a la misma, puesto que hay estudios que corroboran que una mejoría en la percepción de la imagen corporal, puede dar lugar a una menor probabilidad de ser víctima de violencia en la pareja. Si en futuras investigaciones, se demuestra este hecho, trabajar la imagen corporal y la insatisfacción con el cuerpo, podría ser un factor bastante útil para la prevención en violencia de pareja. Por otro lado, los estudios sobre prevalencia e intervenciones en dependencia emocional y violencia de pareja de la misma identidad de género son escasos, por lo que sería interesante realizar futuras investigaciones en esta línea.

Cabe destacar que no se ha podido llevar a cabo un seguimiento de larga duración, por lo que no se ha comprobado si la intervención es eficaz al transcurrir un periodo de tiempo. Así, para futuras investigaciones, sería útil realizar una intervención en ACT con mayor duración.

Asimismo, la realización de toda la evaluación e intervención ha sido llevada a cabo de forma telemática, por lo que cabe la posibilidad de que se haya perdido parte de la información no verbal que podría ofrecer una terapia presencial.

Finalmente, aún ciertas limitaciones comentadas, se puede concluir que tras la intervención con ACT en dependencia emocional e insatisfacción corporal, se ha obtenido en M. un patrón de comportamiento más flexible, basado en la aceptación de las emociones desagradables y en acciones comprometidas con los valores.

3. Referencias bibliográficas

Ackard, D. M., y Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 455-473. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00322-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00322-8)

Aiquipa, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33 (2), 413-437.

Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales. Recuperado de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf

Alfaro, A. L. (2020). Validación del cuestionario de violencia en el noviazgo (CUVINO-R) en una muestra de jóvenes paceños. *La paz*, 18(1).

Amor, P. y Echeburúa, E. (2010). Claves Psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97-104.

Badenes, L., Frías-Navarro, D., Bonilla-Campos, A., Pons-Salvador, G. y Monterde-i-Bort, H. (2015). Intimate Partner Violence in Self-identified Lesbians: a Meta-analysis of its Prevalence. *Sexual Research Social Policy*, 12, 47-59. DOI 10.1007/s13178-014-0164-7.

Barrientos, J., Escartín, J., Longares L. y Rodríguez-Carballeira, A. (2018). Características sociodemográficas de gays y lesbianas víctimas de abuso psicológico en pareja en España. *International Journal of Social Psychology en Hispanoamérica*, 33(2), 240-274.

Brown, T. y Herman, J. (2015). *Intimate Partner Violence and Sexual Abuse among LGBT People*. The Williams Institute UCLA. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/ipv-sex-abuse-lgbt-people/>

Bluett, E. J., Lee, E. B., Simone, M., Twohig, M. P., Lesengrav, T. y Quakenbush, B. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating Disorder*, 23, 150-155.

Butchart, A., García-Moreno, C. y Mikton, C. (2011). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Panamericana de la Salud. https://oig.cepal.org/sites/default/files/9789275316351_spa.pdf

Bution, D. y Wechsler, A. (2016). Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(1), 77-101.

Calderón, T. (2013). Aproximaciones sobre el cuerpo y la estética: una reflexión psicológica sobre la feminidad. *Revista Poiésis*, 1-14.

Castañeda, I., Londoño, C., Cabarcas, K., Arenas, A., Cortes, A., Gonzalez, S., Mayorga, M. y Medina, M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Suma psicológica*, 20(2), 251-261.

Cataño, A., y Maritza, Y. (2017). *Belleza, imaginarios contruidos: representaciones sociales que tienen las mujeres de Segovia sobre la belleza* [Trabajo fin de grado, Universidad de Antioquia]. Recuperado de:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14407/1/ArboledaYuliet_2016_BellezaImaginariosContruidos.pdf

Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional: características y tratamiento*. Alianza Editorial.

Cogswell, A., Alloy, L., Karpinski, A. y Grant, D. (2010). Assessing Dependency Using Self-Report and Indirect Measures: Examining the Significance of Discrepancies. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 306-316.

Congost, S. (2019). ¿Qué son las relaciones dependientes y cómo podemos detectarlas? [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=bx8V-y4O9R0>

Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. y Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con Dependencia Afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 81-90.

Davis, R., y Jamieson, J. (2005). Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 6(4), 345-354.

Deza, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Avances en Psicología*, 20(1), 45-55.

Díaz, S. (2015). *Tratamiento de la insatisfacción corporal. Mecanismos psicológicos y fisiológicos implicados en la terapia de exposición al propio cuerpo*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/40031>

Economic and Social Council. 1992. *Report of the Working Group on Violence against Women*. United Nations. Recuperado de:

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx>

Finneran, C. y Stephenson, R. (2014) Antecedents of intimate partner violence among gay and bisexual men. *Violence and victims*, 29(3), 422-435.

Flanders, C. E., LeBreton, M. E., Robinson, M., Bian, J. y Caravaca-Morera, J. A. (2016). Defining bisexuality: young bisexual and pansexual people's voices. *Journal of Bisexuality*, 17(1), 39-57.

Flores, F., Kamego, M., Zapata, M. y Alvarado, F. (2017). Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(4), 316-322.

Follette, W. y Hayes, S. (2000). Contemporary Behavior Therapy. En C. R. Snyder y R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes y Practices for the 21st Century* (pp. 381-408). John Wiley y Sons.

Fuertes, A. A. F., y Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34, 183-191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.002>

Graham, L. M., Jensen, T. M., Givens, A. D., Bowen, G. L. y Rizo, C. F. (2019). Intimate partner violence among same-sex couples in college: a propensity score analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(8), 1583-1610.

Gómez, L. y Montenegro, K. (2015). *Dependencia Emocional en Población de un Centro Comunitario de Chiclayo* [Tesis doctoral, Universidad de Chiclayo, Perú] Recuperado de: http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/63/1/Tesis%20Gomez%20Ventura%20_%20Montenegro%20Cubas.pdf

Hayes, S. y Levin, M. (2012). Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions. *New Harbinger Publications*, 108-110.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Instituto Contacto Emocional (2018). *Mujer con un pañuelo en sus manos pensando en la Terapia de Aceptación y Compromiso* [Fotografía]. Recuperado de: <https://contactoemocional.net/mujer-con-un-panuelo-en-sus-manos-pensando-en-la-terapia-de-aceptacion-y-compromiso/>

Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de Violencia de Género en 2020*. España: INE.

Instituto Nacional de Estadística (2020). *Estadística de Matrimonios del mismo sexo contraídos en el primer semestre de 2020*. España: INE.

Izquierdo, S. y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91.

Jara, J. (2016). Situaciones de violencias en parejas del mismo sexo. *Semillero de investigadores/as con perspectiva de género*, 1(14), 104-116. Recuperado de: <https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/articulo/download/2613/2437/>

Jaconis, M. (2016). *History of Sexual Violence and Associated Negative Consequences: The Potential Mediating Role of Body Image Dissatisfaction* [Tesis doctoral, Universidad de Wyoming] Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1660500>

Jennings, J. L. y Apsche, J. A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: from DBT and ACT to MDT and beyond. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 1-3.

Jouriles, E. N., Garrido, E., Rosenfield, D. y McDonald, R. (2009). Experiences of psychological and physical aggression in adolescent romantic relationships: Links to psychological distress. *Child Abuse and Neglect*, 33, 451-460. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.11.005>

Juarascio, A., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification* 34(2), 175-190.

Juarascio, A. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation* [Tesis doctoral, Universidad de Drexel]. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23475153/>

Juarascio, A., Manasse, S., Schumacher, L., Espel, H. y Forman, E. (2016). Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 1-13.

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L. y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 85-94.

Keyser, J., Pastelak, N., Sharma, P., Choi, J., Bender, R. y Alloy, L. (2009). *Specificity of Emotion Awareness to Disordered Eating in Undergraduate Females*. Association for Behavioral and Cognitive Therapies.

Laca, F. A. y Mejía, J. C. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75.

Lemos, M. y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 9(2), 127-140.

Lemos M. y Londoño, N. H. (2020). *Guía para la calificación del cuestionario de dependencia emocional (CDE)*.

Lewis, S. F. y Fremouw, W. (2001). Dating violence: A critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 21, 105-127.

Doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00042-2)

López, F. (2006). *Homosexualidad y familia*. (1a ed.). Editorial GRAÜ.

López, M. T. y Ayala, D. (2011). Intimidación y las múltiples manifestaciones de la violencia doméstica entre mujeres lesbianas. *Revista Salud y Sociedad, Antofagosta*, 2(2), 151-174.

Luciano, M. y Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.

Luciano, M., Páez-Blarrina, M. y Valdivia, S. (2010). La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.

Mabry, S. E. (2016). *Insatisfacción corporal en adolescentes*. [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza]. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=203002>

Mac, B. y Hudson, C. (2018). Patient experience and satisfaction with acceptance and commitment therapy delivered in a complimentary open group format for adults with eating disorders. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 189-194.

Mac, B. y Montemarano, V. (2015). *Acceptance and commitment therapy for adult eating disorders: Preliminary outcomes and patient satisfaction for a values based approach to treatment and recovery* [Discurso principal]. Annual Canadian Psychological Association Conference, Canadá.

Mac Neil, B. y Hudson, C. (2018). Patient experience and satisfaction with Acceptance and Commitment therapy delivered in a complimentary open group format for adults with eating disorders. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 189-194.

Marco, M., Quiles, Y. y Quiles, M. J. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Información Psicológica*, 116, 18-31. Doi: [dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.116.2](https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.2)

Mason, T. B., Lewis, R. J., Milletich, R. J., Kelley, M. L., Minifie, J. B. y Derlega. V. J. (2014). Psychological aggression in lesbian, gay, and bisexual individuals' intimate relationships: a review of prevalence, correlates, and measurement issues. *Aggression and Violent Behavior* 19(3), 219-234.

Matud-Aznar, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.

Messinger, A. M. (2011). Invisible victims: Same-sex IPV in the National Violence against Women survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(11), 2228-2243.

Momeñe, J. y Estévez, A. (2018). Los estilos de crianza parentales como predictores del apego adulto, de la dependencia emocional y del abuso psicológico en las relaciones de pareja adultas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 359-377.

Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 65-78.

Moral, M. V., Sirvent, C., Campomanes, G., Blanco, P., Delgado, R., Quintana, L., Rivas, C., Cuetos, G., Fernández, C. y García, A. (2016). *Dependencias relacionales y perpetuación del ciclo de la violencia en adictos* [Discurso principal]. XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría – Interpsiquis, Oviedo.

Moreno, S. (2018). *Palabras para desnudar un espejo*. Editorial Círculo Rojo.

Moreno, S. (2019). Única mujer. [Publicación de blog]. Recuperado de [Única Mujer – Programa de Ayuda – Insatisfacción corporal – ÚNICA MUJER es un programa creado para mujeres de cualquier edad que quieran sentirse cómodas, satisfechas y seguras con su propio cuerpo \(unicaproject.com\)](http://unicaproject.com)

Moreno, S. y Rodríguez, S. (2012). La insatisfacción corporal: Bases teóricas y mecanismos psicológicos implicados en el tratamiento basado en técnicas conductuales de exposición al espejo. *Revista Universitaria*, 16, 47-60.

National Coalition of Anti-Violence Programs (NCAVP) (2014). *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and HIV affected Intimate Partner Violence in 2013*. National Coalition of Anti-Violence Programs. Recuperado de: <http://avp.org/wp-content/uploads/2017/11/NCAVP-IPV-Report-2016.pdf>

Novo, M., Herbón, J. y Amado, B. G. (2016). Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. *Revista Iberoamericana de Psicología Violencia en el noviazgo y dependencia y Salud*, 7, 89-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2016.05.002>

Novo, M. y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. En Buela (Eds), *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 63-74). Biblioteca Nueva.

Ortega, A. (2014). *Agresión en parejas homosexuales en España y Argentina: Prevalencias y heterosexismo*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=160054>

Pick, S. (2001). *Yo, adolescente* (3a ed.). Editorial Ariel.

Pokrajac-Bulian, A. y Zivcic-Becirevic, I. (2005). Locus of control and self-esteem as correlates of body dissatisfaction in Croatian university students. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 54–60

Powers, M. B., Zum, M. B. y Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80.

Pradas, E. y Perles, F. (2012). Resolución de conflictos de pareja en adolescentes, sexismo y dependencia emocional. *Quaderns de Psicologia*, 14(1), 45-60.

Ramirez, A. M. (2020). Diseño y análisis de la efectividad de una estrategia de intervención grupal contextual para la dependencia emocional en población adulta. [Propuesta de Trabajo de Grado con énfasis en Profundización Clínica, Universidad de Bogotá] <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76115/Dise%C3%B1o%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20efectividad%20de%20una%20estrategia%20de%20intervenci%C3%B3n%20grupal%20contextual%20para%20la%20dependencia%20emocional%20en%20poblaci%C3%B3n%20adulta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Register, S. E. (2018). Maybe it's just different with girls: a social- ecological analysis of intimate partner violence in female-on-female relationships. *International Social Science Review*, 94(2), 1-29.

Rey-Anacona, C. A. (2013). Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes. *Terapia Psicológica*, 31, 143-154. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200001>

Rodríguez-Díaz, F., Herrero-Olaizola, J., Rodríguez-Franco, L., Bringas-Molleda, C., Paíno-Quesada, S. y Pérez-Sánchez, B., (2017). Validation of dating violence questionnaire-R (DVQ-R). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 77-84.

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F. J., Bringas, C., Antuña, M. A. y Estrada, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 45-52.

Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.

Rodríguez, L., López, J., Rodríguez, F. J. y Antuña, M. A. (2009). La violencia de género entre parejas de novios universitarios. En I. Vázquez (Coord.), *Libro de Actas del I Congreso Universitario Andaluz "Investigación y Género"* (pp. 1123-1143). Universidad de Sevilla.

Rojas-Solís, J. L. (2013). Violencia en el Noviazgo de Universitarios en México: Una Revisión. *Revista Internacional de Psicología*, 12, 1-31.

Rollè, L., Giardina, G., Caldarera, A. M., Gerino, E. y Brustia, P. (2018). When intimate partner violence meets same sex couples: a review of same sex intimate partner violence. *Frontiers in Psychology*, 21(9), 1506.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image, *Science*, (148), 804.

Rubio, F., López, M. A., Saúl, L. A. y Sánchez, A. (2012). Direccionalidad y expresión de la violencia en las relaciones de noviazgo de los jóvenes. *Acción Psicológica*, 9, 61-70. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.437>

Saldivia, C., Faúndez, B., Sotomayor, S. y Cea, F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Última década*, 25(46).

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. International Universities Press.

Schmidt, D. y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.

Sophia, E., Tavares, H. y Zilberman, M. (2007). Pathological Love: is it a New Psychiatric Disorder? *Revista Brasileña de Psiquiatría*, 29 (1), 55-62. doi.org/10.1590/S1516-44462006005000003

Tantleff-Dunn, S., y Lindner, D. M. (2011). Body image and social functioning. En F. Cash, Thomas y L. Smolak (Ed.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 263–270). Guilford Press.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. Pergamon Press.

Triana (2017). *Eres mía y no serás de nadie más*. [Discurso principal] Universidad nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Troupe, S. M. (2018). *The relationship between body dissatisfaction, unrealistic optimism of sexual victimization, and risky behavior*. [Tesis doctoral, Universidad de Pensilvania] Recuperado de:

file:///C:/Users/estre/Downloads/The_Relationship_Between_Body_.pdf

Valdés, M., Valencia, L.F. y Sánchez, A. (2018). *Imagen corporal en la mujer víctima de violencia psicológica de género en las relaciones de pareja: un estudio de caso*. [Trabajo fin de grado, Universidad Católica de Pereira] Recuperado de:

<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5235/1/DDMPSI170.pdf>

Vaquero, C., Alacid, F., Muyor, J. y López, P. (2013). Body image: literature review. *Nutrición*, 28(1).

Villalón, L. (2015). *La violencia en parejas homosexuales: aspectos sociales y jurídicos de la violencia en relaciones entre mujeres*. [Trabajo fin de máster, Universidad de Barcelona] Recuperado de:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67946/1/TFM_lourdes%20villalon.pdf

Wilson, K. y Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.

Wilson, K. G., y Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

4. Anexos

Anexo I. Documento de consentimiento y confidencialidad



*Universidad de Jaén
Gabinete de Psicología*

D./Dña. _____, con D.N.I. _____, como terapeuta del Gabinete de Psicología de la Universidad de Jaén y D./Dña. _____, con D.N.I. nº _____, como usuario(a) del mismo,

DECLARAN QUE:

Aceptan realizar sesiones de evaluación y/o intervención psicológica por medio de videoconferencia y

Hay conocimiento y consentimiento por ambas partes de que se utilizarán los datos del usuario/a para la realización del Trabajo Fin de Máster

por lo que

SE COMPROMETEN A:

Salvaguardar la seguridad de las comunicaciones no grabando ni difundiendo a otras personas ajenas al proceso, parte o la totalidad de los contenidos tratados en dichas sesiones, a excepción de los datos necesarios para el Trabajo Fin de Grado, guardando la confidencialidad de los datos personales.

Lugar y fecha

Fdo.:
Terapeuta del Gabinete de Psicología

Fdo.:
Usuario/a del Gabinete de Psicología

Anexo II. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)

Lemos y Londoño, N. H. (2006)

Instrucciones:

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida qué tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

- | | |
|--|-------------|
| 1. Me siento desamparado cuando estoy solo | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Soy alguien necesitado y débil | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Siento temor a que mi pareja me abandone | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Si desconozco dónde está mi pareja me siento intranquilo | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. No tolero la soledad | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella | 1 2 3 4 5 6 |

22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja

1 2 3 4 5 6

23. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja

1 2 3 4 5 6

Anexo III. Cuestionario de Violencia entre Novios versión reducida (CUVINO-R)

Realice el cuestionario respondiendo del 1 al 5, siendo:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Habitualmente	Casi siempre
1	2	3	4	5

Pone a prueba tu amor, poniéndole trampas para comprobar si lo/la engañas, lo/la quieres o si le eres fiel.

Te sientes obligada(o) a mantener relaciones sexuales con tal de no dar explicaciones.

Te ha golpeado

Es cumplido(a) con el estudio, pero llega tarde a las citas, no cumple lo prometido y se muestra irresponsable.

Te habla sobre relaciones amorosas que imagina que tienes.

Insiste en tocamientos que no te son agradables y que tú no quieres.

Te ha sopapeado, empujado o jaloneado.

No reconoce responsabilidad alguna sobre la relación de pareja ni sobre lo que les sucede a ambos.

Te critica, subestima tu forma de ser y/o humilla tu amor propio.

Ha lanzado objetos contundentes contra ti.

Te ha herido con algún objeto.

Ridiculiza tu forma de expresarte.

Te ha detenido para que no te vayas.

Te sientes forzado/a a realizar determinados actos sexuales.

Ha ignorado tus sentimientos.

Deja de hablarte o desaparece por varios días sin dar explicaciones como forma de mostrar su enojo

Invade tu espacio (escucha música muy fuerte cuando estás estudiando, interrumpe cuando estás solo(a), etc., invade tu privacidad (lee tus mensajes, escucha tus conversaciones telefónicas, etc.).

Te fuerza a desnudarte cuando tú no quieres.

Ha ridiculizado o insultado tus creencias, religión o clase social.

Te ridiculiza o insulta por las ideas que mantienes.

Anexo IV. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.
5. En general estoy satisfecho de mi mismo/a.
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.
10. A veces creo que no soy buena persona.

Anexo V. Cuestionario de Evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal

Componente 1. Perceptivo

Indica cómo eres (hombros, pecho, barriga/panza, cadera y muslos)

Indica cómo te gustaría ser (hombros, pecho, barriga/panza, cadera y muslos)

Componente 2. Cognitivo

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6

En las últimas semanas, ¿has pensado...

...que hay partes de tu cuerpo que son demasiado grandes, gordas y/o anchas?

...que tu cuerpo no es lo suficientemente firme?

...que tu cuerpo es feo porque tiene celulitis o estrías?

...que eres fea?

...que estás gorda?

...que tu cuerpo es raro porque algunas partes son desproporcionadas o deformes?

En las últimas semanas, ¿has pensado que los demás...

...opinan que no eres atractiva?

...creen que deberías adelgazar?

...se dan cuenta rápido de que hay algo “extraño” en la forma de tu cuerpo?

...no les vas a gustar a los demás por como eres físicamente?

En las últimas semanas, ¿has tenido presente tu aspecto físico...

...cuando estás con otras personas?

...mientras comes?

...cuando te miras al espejo?

...cuando vas por la calle?

...cuando te pesas?

...cuando tienes relaciones sexuales?

¿Tu aspecto físico ha hecho que te cueste concentrarte en el trabajo, en una reunión?

En las últimas semanas, ¿has pensado...

...que tienes el cuerpo que tienes por falta de autocontrol?

...que tienes que adelgazar, comiendo menos o haciendo dieta?

...que te horroriza ver lo que pesas?

En las últimas semanas, ¿se te pasan por la cabeza los siguientes pensamientos?

Me doy asco

Nunca conseguiré tener el aspecto que quiero tener

Mi aspecto me está arruinando la vida

No puedo soportar mi aspecto ni un minuto más

Detesto mi...(barriga, panza, muslos...)

Ojalá me pareciera físicamente a otra persona
 No sé qué hacer para cambiar mi aspecto físico
 Aborrezco mi aspecto

En las últimas semanas, ¿has pensado...

...que tu aspecto físico te satisface?

...que puedes gustar a los demás sin necesidad de ser muy guapa o atractiva?

...que tu aspecto físico te ayuda a relacionarte con los demás?

...que tu cuerpo es bonito?

...que tienes un aspecto físico saludable?

...que tu cuerpo está bien proporcionado?

...que aunque no eres perfecta, te gusta tu cuerpo?

Componente 3. Emocional

No, en absoluto	Quizás un poco	Creo que bastante	Sí, absolutamente
1	2	3	4

En las últimas semanas, cuando miras tu aspecto físico...

...¿te has sentido frustrada?

...¿te has sentido insatisfecha?

...¿te has sentido asqueada?

...¿te has sentido disgustada?

...¿te has sentido ansiosa?

...¿te has sentido insegura?

...¿te has sentido avergonzada?

...¿te has sentido triste?

...¿te has sentido enfadada?

...¿te has sentido incómoda?

En las últimas semanas, cuando miras tu aspecto físico...

...¿te has sentido feliz?

...¿te has sentido segura de ti misma?

...¿te has sentido cómoda?

...¿te has sentido satisfecha?

...¿te has sentido orgulloso?

Componente 4. Sociocultural

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6

En general...

¿Te interesan los anuncios en TV, internet o revistas sobre moda y belleza?

¿Te interesan los consejos y los anuncios de los medios de comunicación para adelgazar?

- ¿Crees que la TV o internet son buenas fuentes de información sobre moda y belleza?
- ¿Participas en foros, chats, etc., en los que se hable de moda y belleza?
- ¿Buscas en internet información y consejos para adelgazar?
- ¿Crees que serías más feliz si tu aspecto físico fuera más parecido al de modelos y actrices?
- ¿Crees que las actrices y modelos son una fuente de información importante sobre moda y belleza?
- ¿Intentas parecer a modelos y actrices que aparecen en los medios de comunicación?
- ¿Te sientes presionada por los medios de comunicación para ser más guapa o estar más delgada?
- ¿Comparas tu apariencia con la de modelos y actrices que aparecen en los medios de comunicación?
- ¿Cuándo ves a mujeres hermosas en los medios te sientes insatisfecha con tu propio aspecto físico?
- ¿Crees que compararse con modelos y actrices es una buena forma de saber si somos atractivos?

Componente 5. Conductual

Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre

En las últimas semanas, cuando te has sentido incómoda o disgustada con tu aspecto físico...

- ...¿evitas ir a una reunión social o a algunas fiestas?
- ...¿evitas ir a clase o al trabajo?
- ...¿evitas cambiarte en algún vestuario público? (en una piscina, un gimnasio, etc.)
- ...¿te sientas con una postura en concreto o adoptas poses para disimular tus formas corporales?
- ...¿evitas ir a eventos sociales si sabes que habrá personas que son más atractivas que tú?
- ...¿evitas llevar ropas ajustadas que marquen las formas de tu cuerpo?
- ...¿te sientes más segura con algún tipo de ropa en especial?
- ...¿evitas mostrarte en bañador o ropa interior?

Si no tienes pareja, ¿evitas las citas por miedo a que a la otra persona no le gustes físicamente?

Si tienes pareja, ¿evitas las relaciones íntimas debido a que no te gusta tu cuerpo?

...¿Prefieres tener relaciones íntimas con poca luz debido a que no te gusta mostrar tu cuerpo?

En las últimas semanas, ¿con qué frecuencia...

- ...te miras al espejo para comprobar cómo es tu aspecto?
- ...te miras en los reflejos de los espejos o cristales cuando andas por la calle?
- ...compruebas la postura para disimular tus “defectos”?
- ...te pruebas mucha ropa antes de salir?
- ...has salido incómoda o incluso has renunciado a salir porque la ropa no te sentaba bien?
- ...te mides las partes del cuerpo (con una cinta métrica, por ejemplo)?

- ...compruebas lo que pesas?
- ...comparas tu apariencia física o tu peso con el de las personas de tu entorno?
- ...cuando estás con personas atractivas, te sientes más insatisfecha con tu apariencia?
- ...preguntas a los demás su opinión sobre tu aspecto físico?
- ...miras fijamente a otras mujeres?
- ...haces ejercicio para perder peso?
- ...te sientes mejor cuando haces ejercicio intenso porque significa que estás adelgazando?

En el último año...

- ...¿has tomado laxantes para sentirte más delgada?
- ...¿has vomitado para sentirte más delgada?
- ...¿has estado sin comer más de 8 horas para sentirte más delgada?
- ...¿tienes atracones de comida?

En las últimas semanas...

- ...cuando te sientes llena después de comer, ¿sientes que estás engordando?
- ...¿crees que deberías hacer dieta para adelgazar?
- ...¿te sientes culpable si comes dulces, tortas y otras comidas de contenido calórico?
- ...¿te sientes más contenta cuando tu estómago está vacío?
- ...¿restringes el tipo y cantidad de comida que comes cada día?
- ...¿intentas comer lo menos posible para no engordar o para adelgazar?
- ...¿prefieres comer alimentos bajos en calorías para no engordar?
- ...¿sigues o has seguido dietas para perder peso?

Anexo VI. Contrato de compromiso terapéutico

El presente documento tiene la finalidad de expresar el compromiso bilateral terapeuta-paciente por la terapia, de tal forma que ambos actuarán en favor de los acuerdos llevados a cabo por ambos en las sesiones, para conseguir los objetivos propuestos y mejorar la calidad de vida de la paciente.

De esta forma, a pesar de que, a veces pueda suponer cierto sacrificio y malestar, siempre se ha de mirar por el beneficio de la paciente a largo plazo.

Es de especial importancia la motivación al cambio, así como realizar los autorregistros y las actividades previstas en las sesiones, además de eliminar aquellas conductas que supongan un perjuicio para la salud de la paciente.

Fecha:

Firma terapeuta:

Firma paciente:

Anexo VII. Autorregistro sobre las conductas de su pareja que no le agradan

Contexto (momento del día, lugar) ¿Qué ocurre?	Conductas de mi pareja que no me agradan	¿Cómo me siento?	¿Qué hago?	Conductas alternativas más adaptativas

Anexo VIII. Autorregistro sobre situaciones en las que se toma decisiones y se actúa en función de los valores

Contexto (situación concreta)	Toma de decisiones por mí misma respecto a la pareja	¿Qué valores estoy priorizando en este momento?

Anexo IX. Autorregistro diario de las conductas de comprobación

	Mirarse al espejo	Mirarse en los escaparates	Comparar su cuerpo con el de otras personas	Pellizcarse	Probarse ropa para medir el volumen de su cuerpo	Preguntar cómo le queda una vestimenta	Comprobar peso
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Anexo X. Autorregistro diario de las conductas de riesgo

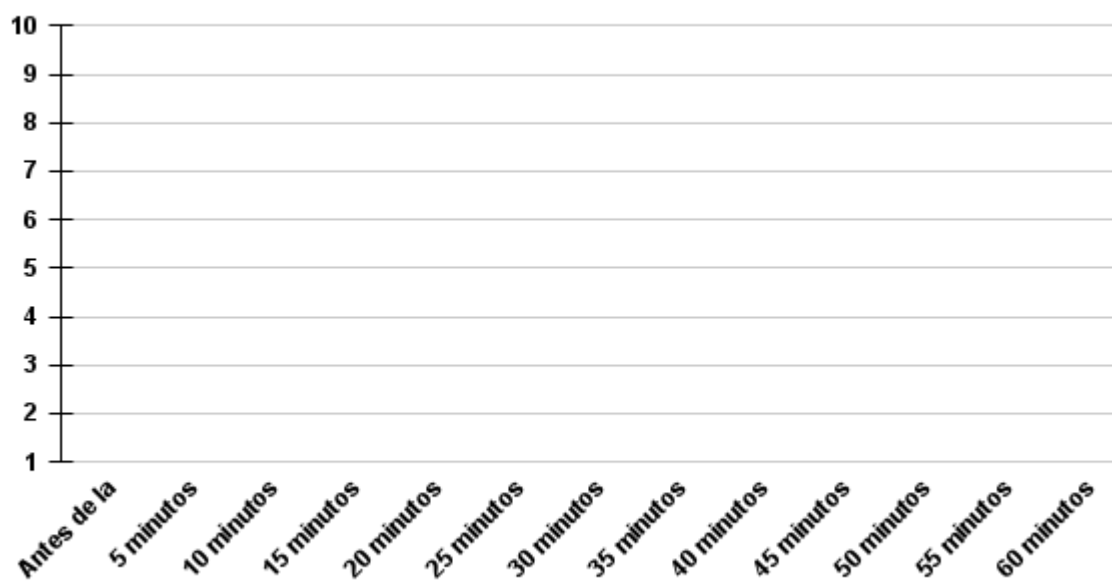
	Vómitos	Restricción alimentaria	Ayunos prolongados	Ejercicio físico sin control
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Anexo XI. Autorregistro diario de las conductas de evitación

	Usar siempre ropa ancha	Sentarse de manera estratégica	Taparse con la toalla o con camisetas en lugares como la playa
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo XII. Gráfica sobre el nivel de malestar del 1 al 10 respecto a la imagen corporal

Nivel de malestar con el cuerpo del 1 al 10 durante la exposición



Anexo XIII. Nivel de intensidad de las emociones durante y después de cada exposición

Nivel de intensidad de emociones asociadas al cuerpo durante y después de la exposición

