



**Universidad  
Europea** CANARIAS

**“Sin pedir perdón”: Programa de  
aceptación corporal y vínculos  
auténticos desde las terapias  
contextuales (ACT y DBT)**

---

**Trabajo fin de Máster**

---

**Autor/a:** Silvia Fernández Rodríguez

**Tutor/a:** Dra. Desiré Abrante Rodríguez

26/01/2026

## Agradecimientos

A mi tutora, Desiré, gracias por abrirme las puertas y la mente a un camino tan bonito como el que aquí reflejo. Por alargar conversaciones conmigo dejándonos a ambas un espacio para la opinión libre y el debate. Este trabajo no sería igual sin ti.

A Charlie, que me enseñó esquemas y a romperlos, que no estaría de acuerdo con ninguna palabra de este trabajo porque “la ideología debe estar fuera de la clínica”, quizás no estemos de acuerdo en muchas cosas, pero para mí eres un maestro.

A las mujeres de mi vida por levantarse y luchar cada día por un mundo más justo y mejor, y a todas las mujeres, por intentar estar ante el malestar.

A mis padres y hermano por apoyarme moral, psicológica y económicamente, gracias por crear un hogar feliz al que siempre quiero volver, especialmente gracias a mi madre, por aturar todas y cada una de las lecturas a las que se vio sometida.

A mis amigas, amigos y amigos, por ser las personas que más admiro, por escucharme hablar de este tema millones de veces, por debatir, por hacernos mayores juntos, por enriquecernos mutuamente y por ayudarme a convertirme en la persona que soy hoy. También, a ellos y a mi pareja, gracias por ser el vivo ejemplo de lo que es un vínculo sano y seguro.

A mí, por llegar hasta aquí sin perderme por el camino y por defender siempre lo que creo.

A miña terra, Galiza, fogar de costumes, saudade e ledicia, por conter o que máis amo e ser o que máis quero.

Por todo esto, seguiré aprendiendo y formándome como profesional, pero sobre todo, como persona. Familia, quérovos.

## Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Objetivos Generales y Específicos de la Intervención	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Objetivo de Evaluación	14
Metodología	14
Temporalización	24
Directrices para la Implementación y Evaluación del Trabajo	27
Propuesta de Intervención: “Sin Pedir Perdón”	27
Conclusiones	64
Referencias	71
Apéndice A	87
Apéndice B	89
Apéndice C	92
Apéndice D	94
Apéndice E	96
Apéndice F	98
Apéndice G	100
Apéndice H	102
Apéndice I	105

## Resumen

Este Trabajo de Fin de Máster se fundamenta en un marco teórico feminista e interseccional que analiza la violencia estética y la gordofobia como mecanismos de control social que se materializan a través de la internalización del canon de belleza excluyente y hegemónico. Este contexto deteriora el bienestar psicológico y restringe la capacidad de algunas mujeres para construir vínculos sexoafectivos sanos y seguros. Para enfrentar esta violencia, se diseña el programa de intervención grupal “Sin pedir perdón”, el cual se basa en terapias contextuales (ACT y DBT) y tiene como objetivo reducir la internalización del estigma corporal y desarrollar habilidades emocionales y relacionales en mujeres jóvenes de entre 18 y 26 años, residentes en Galicia. La propuesta adopta un diseño cuasiexperimental sin grupo control, con evaluaciones pretest, posttest y seguimiento a los tres meses. Busca integrar técnicas de aceptación, defusión cognitiva, regulación emocional y entrenamiento en habilidades interpersonales a lo largo de 14 sesiones de intervención activa. Su eficacia se medirá a través de una combinación de metodología cuantitativa (instrumentos psicométricos) y cualitativa. Abordar de forma explícita el carácter estructural de la violencia estética y de la gordofobia no solo favorece la aceptación corporal y disminuye la internalización del estigma, sino que contribuye a la construcción de vínculos sexoafectivos auténticos, seguros y satisfactorios. Este programa representa una respuesta innovadora que cubre un vacío en la investigación y práctica clínica, al tiempo que señala la necesidad de desarrollar intervenciones complementarias que permitan superar sus limitaciones.

***Palabras clave:*** ACT, DBT, Gordofobia, Imagen Corporal, Violencia Estética, Vínculos.

## Abstract

This Master's Thesis is grounded on a feminist and intersectional theoretical framework that analyzes aesthetic violence and fatphobia as mechanisms of social control, materialized through the internalization of an exclusive and hegemonic beauty standard. This context deteriorates psychological well-being and restricts some women's capacity to build healthy and secure sexual-affective bonds. To address this violence, the group intervention program "Sin pedir perdón" ("Without apologizing") was designed, based on contextual therapies (ACT and DBT), aiming to reduce the internalization of body stigma and develop emotional and relational skills among young women aged 18 to 26, residing in Galicia. The proposal adopts a quasi-experimental design without a control group, including pretest, posttest, and three-month follow-up assessments. It integrates techniques of acceptance, cognitive defusion, emotion regulation, and interpersonal skills training over 14 active intervention sessions. Program effectiveness will be evaluated using a mixed-methods approach combining quantitative measures (psychometric instruments) and qualitative data. By explicitly addressing the structural nature of aesthetic violence and fatphobia not only promotes body acceptance and reduces stigma internalization but also supports the development of authentic, safe, and fulfilling sexual-affective bonds. This program represents an innovative response that fills a gap in research and clinical practice, while highlighting the need for complementary interventions to overcome its limitations.

**Keywords:** ACT, DBT, Body Image, Bonds, Fatphobia, Aesthetic Violence.

## Introducción

La idea de que “ser es ser percibido” (Berkeley, 1710) nos ayuda a ilustrar cómo la existencia femenina ha estado mediada por la mirada masculina. Esa noción puede extrapolarse a la obra de Berger (1972), el cual afirma que “los hombres actúan y las mujeres aparecen, los hombres miran a las mujeres, las mujeres se contemplan a sí mismas mientras son miradas”. De este modo, se genera un proceso de auto-objetivización donde las mujeres aprenden y se les enseña a contemplarse como objetos observables para ser consumidos (Pineda, 2020). Este mecanismo de autovigilancia se ha sostenido a través de la imposición de ideales de belleza específicos que se deben cumplir para ser socialmente aceptadas y que transforman el cuerpo femenino en objeto (Wolf, 1991; Bordo, 2001).

El canon, como entidad dinámica, se adapta a los valores sociales, culturales y morales de cada época, conservando siempre su función de control social (Wolf, 1991; Pineda, 2020). En la actualidad, coexisten dos modelos opuestos, la delgadez extrema y las curvas hipersexualizadas; ambos regidos por premisas sexistas, gordofóbicas, gerontofóbicas y racistas (Pineda, 2020; Suárez, 2024). Este ideal configura una ficción inalcanzable lo que convierte el cuerpo femenino en un proyecto perpetuo de perfección (Pineda, 2020).

El contexto de insatisfacción corporal se ve reflejado en el aumento de procedimientos estéticos. Tan solo en España en el año 2021 se llevaron a cabo un total de 204.510 tratamientos (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, [SECPRE], 2022), esto se traduce en cifras millonarias a nivel global, donde la industria de belleza obtuvo un beneficio de 570 mil millones de dólares (Euromonitor International, 2023, como se citó en Kestenbaum, 2023). Aún así, el 64% de las mujeres no se sienten satisfechas tras el consumo de estos productos y servicios estéticos (Yatche, 2023), lo que evidencia la

medicalización y mercantilización del cuerpo. Esta mercantilización no debe entenderse como una decisión individual, sino como una forma de violencia estructural conocida como violencia estética (Pineda, 2020): una imposición de un ideal inalcanzable, homogéneo y excluyente que se ejerce mediante coerción social, presión psicológica y discriminación.

El concepto de “*male gaze*” (Mulvey, 1975) permite entender cómo los medios y la cultura visual reproducen este mandato visual, donde se representa a las mujeres como objetos de deseo. Domínguez (2021) señala que la exposición constante a imágenes que perpetúan los roles estereotipados influye en la autoimagen de aquellas personas que no se identifican con el ideal impuesto, generando malestar corporal. Un estudio de la City University of London reveló que el 95% de su muestra de mujeres reportó sentir presión estética a través de redes sociales (Gill, 2021).

En este contexto, la gordofobia es el “odio, rechazo y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de ser gordas” (Piñeyro, 2016). Sin embargo, aunque las personas gordas son el blanco principal de este odio, la discriminación se erige como uno de los mecanismos de disciplinamiento corporal (Gordon, 2020). En palabras de Wolf (1991), “una cultura obsesionada con la delgadez femenina no está obsesionada con la belleza de las mujeres, está obsesionada con la obediencia de estas”. A día de hoy, la gordofobia es una de las pocas formas de discriminación que no está socialmente condenada, usándose el término gorda/-o/-e de forma peyorativa o como insulto (Cottais et al., 2021), sostenida incluso por indicadores biomédicos como el Índice de Masa Corporal (IMC), diseñado originalmente en 1832 para el “hombre ideal” blanco y cisgénero (Cottais, et al., 2021).

Existe amplia evidencia que demuestra que las personas gordas sufren discriminación y estigmatización en distintos ámbitos de su vida. En la atención sanitaria, por ejemplo, se

han reportado casos en los que los pacientes afirman haber experimentado estigma por parte de los profesionales de la salud (Puhl et al., 2021); un estudio europeo señala que entre el 41% y el 80% de los pacientes con no normopeso han sufrido este tipo de discriminación (Cromptvoets et al., 2024). En el ámbito laboral, suelen ser percibidas como no aptas, vagas o poco exitosas, lo que reduce sus oportunidades de contratación (Flint et al., 2016), mientras que investigaciones como la de Mukhopadhyay (2021) evidencian que las mujeres blancas con sobrepeso pueden llegar a ganar un 11.4% menos que aquellas con un peso considerado “saludable”. En el contexto escolar, niños, niñas y adolescentes con sobrepeso tienen entre 1.24 y 1.46 veces más probabilidades de sufrir acoso que sus pares con “normopeso” (Cheng et al., 2022; Piñeyro, 2020). A nivel social, persisten prejuicios que asocian la gordura con la pereza y la exclusión en la moda, donde las tallas grandes suelen estar ausentes o segregadas bajo etiquetas como “ropa curvy” (Pyñeiro, 2020; Quirós, 2019).

Esta estigmatización que se refleja en múltiples esferas de la vida cotidiana, conlleva una serie de repercusiones significativas para el bienestar de estas personas. Una de ellas es la presión constante por modificar el cuerpo mediante dietas o intervenciones quirúrgicas (Pineda, 2020; Yatche, 2023). Sin embargo, las dietas tienden a ser ineficaces y se sienten como un fracaso, puesto que se estima que el 95% de las personas que consiguen perder peso con ellas luego lo recuperan (Cottais et al., 2021; Yatche, 2023). El ciclo de pérdida y recuperación de peso genera un aumento de la internalización del estigma gordóforo, así como vergüenza y frustración (Romo et al., 2024). Además, la exposición continua al estigma de peso y a los medios que promueven la violencia estética, lleva al desarrollo de baja autoestima (Bernal, 2024), ansiedad, depresión, agorafobia, e incluso a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tales como bulimia, anorexia nerviosa o trastorno del atracón

(Piñeyro, 2019; Slevec y Tiggeman, 2011), una proporción significativa de personas que desarrollan anorexia inician su trastorno tras la adopción de dietas (Yatche, 2023).

Más allá de las repercusiones en la salud física y psicológica que produce esta opresión, la discriminación también afecta a la esfera afectiva y/o sexual. Existe un rechazo estético hacia los cuerpos gordos (Piñeyro, 2020) lo que lleva a un deterioro de la autoestima y de la autopercepción corporal, junto con un profundo miedo a ganar peso (Bernal, 2024). La idea de que “las personas gordas no son ni deseables ni deseantes” (Piñeyro, 2020), refuerza no sólo la discriminación externa, sino también la aparición del autoestigma, donde se internalizan los estereotipos negativos hasta convertirlos en rasgos propios (Sánchez-Carracedo, 2022). Este proceso se ve exacerbado por los medios de comunicación, y su sobrerrepresentación del canon, como se comentó anteriormente, cuando en el imaginario mediático faltan representaciones corporales, aquellas personas no hegemónicas tienen mayores dificultades para imaginar un espacio de reconocimiento y pertenencia (Domínguez, 2021; Piñeyro, 2019). Ejemplo de ello son las comedias románticas, donde las protagonistas que experimentan amor y deseo responden de manera casi exclusiva al canon corporal impuesto y dominante (Piñeyro, 2019). Cuando el contexto sociocultural es gordóphobico lleva a que las personas que interiorizan el canon desarrollen pensamientos obsesivos y rigidez cognitiva, caracterizado por la dificultad para flexibilizar ideas o cambiar de foco atencional (Uribe et al., 2024), eso genera un ciclo de malestar emocional, donde la discriminación externa y la anticipación de rechazo genera sentimientos de vergüenza corporal (Wellman et al., 2022). La insatisfacción corporal y el estigma de peso llevan a un aumento de suicidio y de comer emocional (Sánchez-Carracedo, 2022), así como de sentimientos de irritabilidad (Uribe et al., 2024).

Es así como las dinámicas de la violencia estética atraviesan y limitan las relaciones sexoafectivas. En las mujeres, la interiorización del estigma incrementa la vigilancia y el control del propio cuerpo, lo que aumenta la insatisfacción corporal (Rollero, 2022). En los hombres, en cambio, suele traducirse en la objetivación de la pareja y una reducción de la satisfacción con la misma (Rollero, 2022).

En el plano sexual, la insatisfacción y vigilancia corporal constante se han identificado como indicadores de reducción de deseo y excitación sexual (Quinn-Nilas et al., 2016). Por el contrario, cuando la autoimagen era positiva esta se asocia a una mejor valoración de la vida sexual (Afshari et al., 2016). Además, la percepción que se tiene de la opinión de la pareja respecto al propio cuerpo puede incrementar la distracción y la vigilancia durante las relaciones sexuales (Quinn-Nilas et al., 2016). La vergüenza corporal también interfiere en la disminución de la satisfacción sexual, puesto que aumenta la autopercepción negativa y crítica sobre el propio cuerpo (Sánchez y Kiefer, 2006; Claudat y Warren, 2014).

En el ámbito romántico, la teoría del apego nos ofrece un marco para indagar en esta problemática. Aquellas personas cuyos estilos de vinculación son ansiosos o evitativos se asocian con una baja autoestima (Keating, 2013; Alexander, 2017), una elevada vigilancia corporal y miedo al rechazo (DeVille et al., 2015). Estos prejuicios internalizados y experiencias de rechazo marcan e impactan en la formación de vínculos (Bastida y Peña, 2024). Así, las personas víctimas de esta opresión tienden a percibirse como menos dignas de amor y, en el marco de relaciones ya establecidas, la internalización del canon y el estigma de peso puede afectar al vínculo afectivo ya construido (Sánchez-Carracedo, 2022; Brochu et al., 2025). Las personas afectadas reportan un aumento de las expectativas de rechazo social cuando su peso sale de la hegemonía de la delgadez, lo que se asocia con una menor

autoestima, mayores niveles de estrés, autoprotección y aislamiento emocional (Blodorn et al., 2017; Wellman et al., 2022). En general, las mujeres gordas presentan mayores desventajas a la hora de formar vínculos románticos y se ven más afectadas por la estigmatización de peso por parte de sus parejas (Côte y Begin, 2020).

El avance tecnológico también incide a la hora de formar vínculos, donde se emplean distintas aplicaciones para ello. En “*Tinder*”, aquellos perfiles no hegemónicos considerados como gordos tienden a ser rechazados por las personas usuarias, llevando a una comparación entre cuerpos asentando el ideal de delgadez y disminuyendo la autoestima de aquellas que las usan (Strubel y Petrie, 2017).

Finalmente, cabe destacar que el peso de la opresión no es igual para todas las personas, sino que se intensifica de manera interseccional. Cuanto más alejado esté un cuerpo del canon “gordópho, gerontofóbico, sexista y racista” (Piñeyro, 2019) mayor será el rechazo, lo que lleva a que se configuren experiencias únicas de marginalización corporal. Aún así, y como se comentó anteriormente, la gordofobia no está tan condenada socialmente como otros tipos de opresión (Cottais et al., 2021), por lo que muchas veces la discriminación por otras causas (como la raza), se enmascara y justifica en el peso y forma del cuerpo (Strings, 2019).

Como se ha expuesto, la violencia estética actúa como un mecanismo de control social (Wolf, 1991; Pineda, 2020), afectando a las mujeres, deteriorando su bienestar psicológico y su capacidad para establecer vínculos afectivos y/o sexuales seguros y satisfactorios (Gordon, 2020; Bastida y Peña, 2024). Este fenómeno trasciende el malestar individual, pues responde a unas estructuras socioculturales patriarcales que disciplinan los cuerpos. Por ello, siempre será necesario investigar sobre la población oprimida con el fin de

visibilizar, prevenir y paliar dicha opresión (Piñeyro, 2019). Crear representaciones antigordóforas, antirracistas, antisexistas y antigersonofobas es parte fundamental de la lucha contra la discriminación, ayudando a las personas afectadas a sentirse representadas y resarcidas.

Desde esta perspectiva la intervención propuesta se plantea desde un marco feminista y con perspectiva de género, y se apoya en las terapias contextuales: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999) y Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (Linehan, 1993). La ACT resulta adecuada, ya que se enfoca en fomentar la flexibilidad psicológica y el compromiso con los valores personales, facilitando la aceptación del propio cuerpo y la superación de pensamientos autocríticos asociados a la internalización de estereotipos corporales (Potts et al., 2022; Pital y Ghazali, 2024). Además, permite disminuir la evitación situacional y relacional (Fogelkvist et al., 2022) permitiendo el avance hacia la construcción de vínculos seguros. Por otra parte, la DBT, aporta herramientas de regulación emocional, tolerancia al malestar y mejora de la comunicación, lo que favorecerá relaciones más sanas y recíprocas (Neacsiu et al., 2014; Rady et al., 2021).

Si bien existen una serie de programas que abordan el impacto de la violencia internalizada, estos tienden a centrarse en síntomas de TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria), en la imagen corporal, en la autoestima asociada o en el sesgo de peso (Davies et al., 2022; Laboe et al., 2025). Cuando se pone el foco en las relaciones románticas, los estudios muestran que existe una asociación entre la interiorización del estigma y la afectación al funcionamiento de las relaciones, sin embargo las investigaciones son mínimas (Romano et al., 2022; Schmidt et al., 2023; Brochu et al., 2025). No se han descrito intervenciones que integren de manera explícita el análisis del impacto de la gordofobia

internalizada en la capacidad para establecer vínculos íntimos satisfactorios, ni que combinen las terapias contextuales, ACT y DBT, para este propósito; Romano et al. (2022) exponen como la implementación de la ACT sería adecuada para la asociación entre el estigma de peso y la evitación experiencial.

Por tanto, una intervención que integre ambas aproximaciones podría ofrecer una respuesta innovadora, promoviendo al autoaceptación, la autocompasión y la reparación relacional (Lear y Luoma, 2025), al tiempo que visibiliza el carácter estructural del sufrimiento derivado por la violencia estética y la gordofobia, llenando así un vacío en la investigación y en la práctica clínica.

### **Objetivos Generales y Específicos de la Intervención**

#### **Objetivo General:**

Desarrollar e implementar un programa de intervención basado en las terapias contextuales (ACT y DBT) para reducir el impacto de la violencia estética internalizada y la gordofobia en la capacidad de establecer vínculos sexoafectivos satisfactorios en mujeres jóvenes.

#### **Objetivos Específicos:**

- Reducir la internalización del ideal estético y del estigma de peso, reencuadrándolo no como una respuesta defectuosa, sino como un mecanismo de opresión estructural.
- Validar y dotar de un marco comprensivo las experiencias interseccionales de opresión, fomentando la compasión y la comunidad como herramientas de afrontamiento.

- Desarrollar habilidades psicológicas concretas (defusión cognitiva, regulación emocional, lenguaje neutral,...) para reducir la evitación experiencial, la rumiación y la autocrítica, favoreciendo su capacidad de permanecer presentes ante el malestar.
- Fomentar la construcción de vínculos sexoafectivos más auténticos y satisfactorios, mediante la aplicación de habilidades (consentimiento, límites, asertividad y presencia corporal) en alineación con los valores personales.
- Promover la agencia personal y la sostenibilidad de los cambios mediante la elaboración de un plan de mantenimiento personal, y el fortalecimiento de la identidad de las participantes como agentes activas de su propio bienestar.

### **Objetivo de Evaluación:**

- Evaluar la eficacia preliminar del programa mediante metodología PDCA (siglas en inglés de “*Plan-Do-Check-Act*”; Deming, 1982) y medidas pre-post-seguimiento, analizando los cambios en la internalización del estigma, la regulación emocional y la calidad relacional.

### **Metodología**

La intervención estará dirigida a mujeres y personas con identidades del espectro femenino, adultas de entre 18 y 26 años, residentes en Galicia (España), que autoidentifiquen su cuerpo como “no normativo”, que se autodefinen como gordas o que hayan vivido experiencias de gordofobia y que manifiesten malestar significativo a la hora de establecer vínculos íntimos o relaciones sexoafectivas satisfactorias, con independencia de un diagnóstico clínico formal. Se ha optado por centrar la intervención en este grupo debido a que sabemos que las mujeres gordas presentan más dificultades a la hora de establecer vínculos románticos (Côte y Begin, 2020; Sánchez-Carracedo, 2022).

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Por tanto los criterios de inclusión son:

- Mujeres y personas con identidades del espectro femenino.
- Edades comprendidas entre los 18 y los 26 años, debido al auge de los tratamientos estéticos entre mujeres jóvenes y a la influencia de las redes sociales en estas.
- Autoidentificación con un cuerpo “no normativo”.
- Malestar en relaciones y vínculos sexoafectivos.

Por tanto los criterios de exclusión serían:

- Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) activo, puesto que el programa no trabajará con el trastorno en sí mismo, se recomienda a estas mujeres que previamente trabajen sus TCA. Para ello se aplicará el cuestionario SCOFF (Morgan et al., 1999; adaptación española de García-Campayo et al., 2005), de forma que aquellas que superen el umbral de corte, igual o superior a 2, serán derivadas a una atención especializada en estos trastornos.
- Presencia de trastornos psicológicos graves que impidan la participación activa en terapia grupal. Para ello se aplicará el GHQ-28 (Goldberg et al., 1979; adaptación española de Lobo et al., 1986) para evaluar la presencia de un malestar psicológico significativo que requiera una atención individualizada, el punto de corte se sitúa en 5/6 (no caso/caso)
- Participación concurrente con otra terapia centrada en los mismos objetivos, puesto que se prioriza que las participantes puedan centrarse en el proceso sin interferencias de tratamientos paralelos.

No se establecen criterios de exclusión ni inclusión por motivos de raza, clase social u

orientación sexual, ya que se pretende realizar un abordaje interseccional que contemple la

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

influencia de estas variables en las experiencias de la gordofobia y la formación de vínculos. De esta forma, se recogerán y analizarán estos datos para realizar comparativas interseccionales y ajustar la intervención en función de las necesidades detectadas.

En cuanto a la evaluación de necesidades la preocupación por la imagen corporal presenta mayor prevalencia en la población femenina (Harris y Carr, 2001). En la actualidad, en España, el auge de las redes sociales ha contribuido a adelantar la edad de inicio de los tratamientos estéticos, situando a las jóvenes de entre 16 y 25 años como el 14-20% del total de dichas intervenciones, de las cuales cinco de cada diez corresponden a pacientes femeninas (Sociedad Española de Medicina Estética, [SEME], 2023). En Galicia, el tiempo de espera para una primera consulta de psicología ronda los 12 meses en el caso de personas adultas, y entre tres y seis meses para la población infantojuvenil (Carballo, 2025). Desde la pandemia de COVID-19, la demanda asistencial ha aumentado un 30% en la comunidad gallega (Caínzos y Becerra, 2025). Si bien es cierto que existe una Unidad de Desórdenes Alimentarios en el Complejo Hospitalario de Santiago (CHUS), este dispositivo se centra en el tratamiento de TCA y no en un abordaje preventivo desde una insatisfacción corporal previa a un trastorno (Tomé et al., 2002). La asociación gallega Quérote+, ofreció un programa orientado a la educación afectivo-sexual donde se abordaba el uso de redes, el bienestar emocional, relaciones afectivas e imagen corporal, entre otras (Xunta de Galicia, 2022). Sin embargo, no se han identificado intervenciones o programas, públicos o privados, que coincidan plenamente con el objetivo de la presente propuesta.

Esta ausencia de programas pone de manifiesto la necesidad de intervenir sobre este sector poblacional, implementando esta propuesta que busca integrar el bienestar emocional, la aceptación corporal y la mejora de vínculos sexoafectivos, en un contexto social donde la presión estética y la exposición en redes constituyen un factor de riesgo para el malestar.

El presente programa se basa en un diseño de tipo cuasiexperimental pretest-postest con seguimiento a los tres meses, sin grupo control, con una metodología mixta de tipo cualitativa y cuantitativa. Este tipo de diseño nos permite evaluar los cambios tras la intervención así como la estabilidad en el tiempo.

La intervención se llevará a cabo en formato grupal, debido a los beneficios de este tipo de terapias que promueven el altruismo, la socialización, imitación de conductas positivas, validación y cohesión grupal, entre otros (Yalom y Leszcz, 2020). Los grupos estarán compuestos por entre 8 y 10 participantes, un tamaño considerado óptimo para favorecer la participación activa y la cohesión grupal (Olivares et al., 2014; Yalom y Leszcz, 2020; Dueweke et al., 2022).

La captación de las participantes se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que se selecciona la muestra en función de unos criterios definidos previamente. Asimismo, se prevé la existencia de un muestreo de “bola de nieve”, puesto que puede darse que las participantes recomienden el programa a personas con características similares. La difusión se llevará a cabo a través de redes sociales (*TikTok, Instagram, Facebook, X*, entre otras), así como mediante carteles y folletos en universidades, escuelas de formaciones profesionales, centros de salud sexual y reproductiva y asociaciones feministas. Las interesadas deberán completar un formulario de inscripción y realizar una entrevista inicial de cribado de la muestra (Apéndice A), donde se verificarán los criterios de exclusión e inclusión, usando para ello las pruebas psicométricas posteriormente descritas.

En cuanto a las variables a evaluar, la variable independiente (VI) será la intervención psicológica grupal basada en terapias contextuales, es decir, la aplicación del programa con sus técnicas y herramientas específicas.

Las variables dependientes (VD) se centrarán en los efectos psicológicos y relacionales derivados de la intervención, es decir en los cambios esperados en el grupo. Estas variables se aplicarán en tres momentos distintos de medición: preintervención, postintervención y seguimiento a los tres meses. Las VD son el nivel de violencia estética internalizada, medido a través del SATAQ-4; la gordofobia internalizada, mediante la WBIS; la apreciación corporal positiva, medido a través del BAS-2; y la capacidad para establecer vínculos sexoafectivos satisfactorios, medido a través del estilo de apego adulto (ECR), la sensibilidad al rechazo (RSQ) y la satisfacción relacional (RAS) en el caso de participantes en relaciones.

Además, se monitorizarán una serie de variables contaminadoras con el fin de mantener y garantizar la validez interna del estudio. En primer lugar, se registraron eventos vitales significativos (tales como rupturas, fallecimientos, conflictos familiares, cambios académicos/laborales, entre otros), cambios grandes pueden influir en el malestar emocional, en la autopercepción corporal o en la calidad de vínculos sexoafectivos. También se llevará un control de la tasa de abandono, documentando las razones específicas de la baja, de esta forma, se podrán identificar los patrones de abandono relacionados con características individuales, con la dinámica grupal o con factores externos, y determinar si la deserción introduce sesgos sistemáticos en los resultados, lo que pueda reflejar dificultades en la adherencia al programa. Asimismo, se observará la presencia de modelado negativo o “contagio” conductual y emocional, que pueda darse dentro del grupo, ya que determinadas participantes podrían reforzar entre sí patrones desadaptativos contrarios al propósito del programa (Yalom y Leszcz, 2020). Del mismo modo, se vigilará la formación de subgrupos o “cliques” que puede afectar a la cohesión grupal limitando la generalización de habilidades trabajadas en las sesiones. Finalmente, se controlarán las expectativas sobre la intervención,

esto se debe a que anticipaciones excesivamente negativas o positivas pueden generar efectos de demanda o placebo que alteren la interpretación de los cambios acontecidos. Para garantizar un seguimiento de estas variables, las facilitadoras del programa completarán tras cada sesión un *checklist* de variables contaminadoras (ver Apéndice B).

La evaluación se estructurará en dos fases complementarias: formativa (seguimiento del progreso) y sumativa (valoración de los resultado finales):

Por un lado, la evaluación formativa, busca acompañar a las participantes en el proceso de intervención, así como monitorizar los avances a nivel individual y grupal. Para ello se realizarán autoinformes semanales (ver Apéndice C), donde mediante una breve escala se evaluará el estado emocional, la aceptación corporal y la percepción sobre sus relaciones. Estos datos se pondrán en común al inicio de cada sesión para facilitar feedback inmediato e ir ajustando la intervención (Gimeno-Peón et al., 2018). Se implementará la *Outcome Rating Scale* (ORS) (Miller et al., 2003) al inicio de cada sesión para obtener una media estandarizada del avance (Gimeno, 2020) individual y compararlo con los “resultados esperados”. Además, se monitorizarán las variables contaminadoras junto con la observación clínica, para evaluar el nivel de participación, interacción entre miembros y apoyo mutuo en el grupo. Asimismo, se administrará la *Session Rating Scale* (SRS) (Duncan et al, 2003) al final de cada sesión para recoger feedback explícito sobre el vínculo terapéutico y el desarrollo de la intervención, para hacer los arreglos necesarios. Finalmente, se abrirá un círculo de feedback cualitativo con las participantes para registrar sus percepciones y facilitar la autoevaluación.

Por otro lado, la evaluación sumativa se aplicará al finalizar el programa y en el seguimiento a los tres meses. Para llevarla a cabo, se emplearán los mismos instrumentos psicométricos utilizados al inicio, es decir, se hará una re-aplicación de los cuestionarios

principales. Además, se hará una entrevista final individual (ver Apéndice D) junto con una sesión individual de cierre para valorar de forma cualitativa y cuantitativa la consecución de objetivos y la obtención de cambios significativos. Finalmente, se implementará un Análisis del Cambio Fiable (ICF) (Iraurgi, 2010), para lo cual se calculará el Índice de Cambio Fiable lo que permitirá determinar a nivel individual quiénes han “recuperado”, “mejorado” o “no han cambiado” (Jacobson y Truax, 1991).

Los instrumentos cuantitativos son:

- **GHQ-28 (Cuestionario de Salud General):** el General Health Questionnaire es un instrumento psicométrico de Goldberg et al. (1979). Se utilizará la versión adaptada al español de Lobo et al. (1986). Es un cuestionario autoadministrado que evalúa el estado general de salud mental. Consta de 28 ítems, divididos en cuatro subescalas: somatización, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Utiliza una escala Likert de 4 puntos (donde el 0 es lo más bajo y 3 lo más alto). Su objetivo es detectar posibles casos de psicopatología en población no clínica. Presenta una fiabilidad test-retest de  $r = 0.90$ .
- **SCOFF (Sick, Control, Outweight, Fat, Food):** es un instrumento de cribado para detectar posibles Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Diseñado por Morgan et al. (1999) con adaptación española de García-Campayo et al. (2005). Consta de 5 ítems con respuestas dicotómicas de sí/no, estos se centran en conductas y percepciones relacionados con el control de peso, la alimentación y la autoimagen corporal. Se encontró en la adaptación española una sensibilidad del 97.7% y una especificidad del 94.4% (García-Campayo et al., 2005).
- **SATAQ-4 (Sociocultural Attitude Towards Appearance Questionnaire-4):** creado por Heinberg et al. (1995), adaptado al español por Llorente et al. (2015). Este

cuestionario evalúa la internalización de los ideales de apariencia de las culturas occidentales, así como la presión sociocultural para adaptarse a ellos. Consta de 22 ítems con una escala Likert de 5 puntos (desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”). Evalúa cinco dimensiones principales: internalización del ideal de delgadez, internalización del ideal atlético/muscular, presión percibida por los medios, presión percibida por familiares y presión percibida por pares (Llorente et al., 2015). Se encontró un alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.93$ .

- **BAS-2 (Body Appreciation Scale-2)**: de Tylka y Wood-Barcalow (2015), adaptado al español de 12 a 20 años por Jáuregui y Bolaños (2011) y de 17 a 86 años por Swami et al. (2015). Esta escala mide la apreciación corporal positiva comprendida por tres aspectos: aceptación, respeto y protección corporal independientemente de su apariencia. Está compuesta por 10 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (de “nunca” a “siempre”). Evalúa aspectos como el aprecio, la aceptación y la resistencia a los mensajes socioculturales negativos sobre el cuerpo. Las versiones españolas obtuvieron una buena consistencia interna, con un intervalo entre  $\alpha = 0.90$  y  $\alpha = 0.91$  (Jáuregui y Bolaños, 2011; Swami et al., 2015).
- **WBIS (Weight Bias Internalization Scale)**: la Escala de Interiorización de Prejuicios sobre Obesidad de Durso y Latner (2008) y adaptado al español por Sarrías y Baile (2015). Este instrumento evalúa el grado en el que se internalizan los estereotipos negativos asociado al peso corporal, es decir los prejuicios sobre la gordura. Consta de 11 ítems con una escala tipo Likert de 7 puntos (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”). La versión española presenta una consistencia interna de  $\alpha = 0.89$  (Sarrías y Baile, 2015).

- **RAS (Relationship Assessment Scale):** la Escala de Satisfacción de Pareja (Hendrick, 1998), adaptado al español por de la Rubia (2008) para población mexicana. Sunat de 7 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, que miden el grado de satisfacción, amor, conflicto y expectativas en relación. La versión en español obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = 0.86$  (de la Rubia, 2008).
- **ECR (Experiences in Close Relationships Scale):** de Brennan et al. (1998), y adaptada al español por Alonso-Arbiol et al. (2007). Esta escala consta de 36 ítems con una escala tipo Likert del 1 al 7 (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”). Posee dos subescalas, una de ansiedad y otra de evitación. Se encontró que la consistencia interna fue superior a  $\alpha = 0.90$  (Valarezo-Bravo et al., 2025).
- **RSQ (Rejection Sensitivity Questionnaire):** diseñado por Downey y Feldman (1996), si bien es cierto que no se ha encontrado adaptación para la población española si se hizo para la población mexicana por Cárdenas y Loving (2011). El cuestionario consta de 18 ítems donde se describen diferentes situaciones relacionales. Se divide en dos dimensiones, la primera evalúa el grado de preocupación ante el rechazo y la segunda, las expectativas de rechazo de los seres queridos; ambas emplean una escala tipo Likert de 6 puntos (de “nada preocupado” a “muy preocupado”). Este instrumento se centra en evaluar la sensibilidad al rechazo interpersonal. Se encontró para el estudio original un  $\alpha = 0.83$  (Downey y Feldman, 1996) y para el de México superior a  $\alpha = 0.90$  (Cárdenas y Loving, 2011).
- **Outcome Rating Scale (ORS):** es una escala diseñada por Miller et al. (2003) que se usa para evaluar el bienestar de la persona a lo largo del proceso terapéutico, es decir es una escala de retroalimentación. Fue adaptado por Moggia et al. (2018). Consta de 4 ítems de bienestar: individual, interpersonal, social y general. La persona marca un

punto en cada línea según como se ha sentido en la última semana, siendo el rango de puntuación de 0 a 40, y el punto de corte 25. La ORS ha mostrado alta fiabilidad con un  $\alpha = 0.91$  (Moggia et al., 2018).

- **Session Rating Scale (SRS)**: escala breve diseñada por Duncan et al. (2003) y adaptada al español por Rodrigo-Holgado et al. (2018). Su objetivo es evaluar la relación terapéutica al final de cada sesión, este también es un instrumento de retroalimentación. Son 4 ítems cuyo rango de puntuación está entre 0 y 40, siendo estos: alianza terapéutica, objetivos y temas tratados, enfoque o método utilizado y relación global con el terapeuta o grupo. Su consistencia interna con población estadounidense fue de  $\alpha = 0.89$  (Duncan et al., 2003) y en la versión española a partir de la octava sesión fue de  $\alpha = 0.95$  (Rodrigo-Holgado).

Los instrumentos cualitativos son:

- Entrevista semiestructurada inicial: destinada a la verificación de los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de evaluar la idoneidad de la muestra (ver Apéndice A).
- Autoinforme para la interseccionalidad: se recogerán datos sobre experiencias personales en relación con las variables de género, corporalidad y discriminación percibida (ver Apéndice E).
- Autoinforme semanal: realizados a lo largo del programa para evaluar el estado emocional, la aceptación corporal y la percepción sobre sus relaciones (ver Apéndice C)
- Entrevista semiestructurada final: centrada principalmente en su experiencia subjetiva durante la intervención; los cambios percibidos debido al proceso; y en la satisfacción global con el programa, el equipo, los contenidos y los resultados (ver Apéndice D).

En el programa se encontrarán dos tipos de recursos, los humanos y los materiales. Con respeto, al personal, el programa de intervención será llevado a cabo por dos Psicólogas Sanitarias con formación en psicología feminista, intervención grupal y en terapias de tercera generación, específicamente en ACT y DBT. Además en caso de que alguna participante lo requiera, se contará con personal de apoyo específico, cómo intérprete de Lengua de Signos Española (LSE) y otros perfiles necesarios. Asimismo, cobra interés una supervisión externa al programa para la coordinación general y el análisis de datos.

En lo relativo a los materiales, el programa se realizará en una sala amplia y privada. El espacio estará dispuesto con sillas en círculo para favorecer la comunicación, la cohesión y la participación activa. Además, se contará con un proyector y pizarra para la exposición de contenidos teóricos y para las dinámicas psicoeducativas, así como con material de escritura para las actividades grupales. Asimismo, en coherencia con el enfoque interseccional, el espacio contará con las adaptaciones necesarias para garantizar la accesibilidad universal, incluyendo materiales adaptados (lectura fácil, braille u otros formatos accesibles), así como los ajustes necesarios para asegurar una participación equitativa.

### **Temporalización**

El programa se desarrollará a lo largo de 17 semanas de intervención activa, con un total de 18 sesiones, 14 serán grupales y las otras 4 individuales. Las 17 sesiones se realizarán de manera semanal, con la excepción de la de seguimiento, que se llevará a cabo tres meses después de la finalización del programa, esto permitirá evaluar la estabilidad de los cambios.

Las sesiones individuales tendrán una duración de entre 30 y 60 minutos, en función de las necesidades específicas de cada participante; por su parte, las grupales tendrán una duración aproximada de 90 minutos. Esta estructura permite combinar los beneficios terapéuticos del formato grupal y del acompañamiento individual en momentos clave.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

El cronograma (Tabla 1) puede ser modificado por motivos organizativos y/o logísticos, debiéndose comunicar los cambios a las participantes con previa antelación.

Tabla 1

*Cronograma de las sesiones por semanas*

<b>Sesión</b>	<b>Semana</b>	<b>Tipo de sesión</b>	<b>Objetivo general de la sesión</b>	<b>Enfoque predominante</b>
Pre-intervención-1	1	Individual	Cribado, verificación de idoneidad de la muestra y establecer encuadre terapéutico.	
Pre-intervención-2	2	Individual	Explicar la evaluación y recoger medidas basales.	
Sesión 1	3	Grupal	Construir vínculo terapéutico, establecer normas grupales y presentar el marco de la intervención.	ACT: defusión, contacto con el presente, yo observador
Sesión 2	4	Grupal	Comprender la violencia estética y la gordofobia y externalizar el malestar.	ACT: desesperanza creativa y externalización
Sesión 3	5	Grupal	Identificar patrones de <i>fat talk</i> y rumiación y favorecer el distanciamiento del diálogo interno.	ACT: defusión cognitiva
Sesión 4	6	Grupal	Introducir la interseccionalidad y validar el impacto en las	ACT: yo-contexto DBT: validación

			múltiples áreas vitales de opresión.	emocional
Sesión 5	7	Grupal	Trabajar la vergüenza corporal y promover una mirada más compasiva hacia la propia experiencia corporal.	ACT: defusión, yo-contexto y autocompasión
Sesión 6	8	Grupal	Identificar el lenguaje de odio y transformarlo en uno más neutral y funcional.	ACT: defusión DBT: mindfulness
Sesión 7	9	Grupal	Reducir el foco de centralidad en el cuerpo y redirigirlo hacia áreas más valiosas de la vida.	ACT: defusión y flexibilidad
Sesión 8	10	Grupal	Identificar la autoexigencia corporal y analizar su impacto en los vínculos íntimos.	ACT: defusión DBT: valores y tolerancia al malestar
Sesión 9	11	Grupal	Desarrollar habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar.	DBT: tolerancia al malestar y regulación emocional
Sesión 10	12	Grupal	Favorecer la reconexión corporal y analizar su impacto en los vínculos interpersonales.	ACT: momento presente y yo-contexto
Sesión 11	13	Grupal	Trabajar la intimidad, el consentimiento y la seguridad emocional en los vínculos.	DBT: efectividad interpersonal
Sesión 12	14	Grupal	Entrenar habilidades de	DBT: efectividad

			establecimiento de límites y fortalecer el autocuidado y la red de apoyo.	interpersonal y autocuidado
Sesión 13	15	Grupal	Consolidar la agencia personal mediante decisiones alineadas con los propios valores.	ACT: acción comprometida basada en valores
Sesión 14	16	Grupal	Integrar los aprendizajes y elaborar un plan individual de mantenimiento.	ACT: acción comprometida y flexibilidad DBT: prevención de recaídas y plan de crisis.
Post-intervención	17	Individual	Evaluar los cambios postratamiento y consolidar el plan de mantenimiento personal.	
Seguimiento	29	Individual	Valorar la estabilidad de los cambios y la generalización de las habilidades a medio plazo.	

---

*Nota.* Elaboración propia

### **Directrices para la Implementación y Evaluación del Trabajo**

#### **Propuesta de Intervención: “Sin Pedir Perdón”**

La presente propuesta integra técnicas de las corrientes psicológicas de la ACT y la DBT, la intervención grupal abordará tanto aspectos prácticos como teóricos fundamentándose en la metodología de mejora continua PDCA (Deming, 1982). Este

enfoque permite planificar las sesiones, implementarlas, comprobar su eficacia y realizar ajustes necesarios.

La duración del programa será de unas 14 sesiones semanales, más dos de pre-intervención, una de post-intervención y una de seguimiento a los 3 meses, puesto que autores como Hansen et al. (2002) observaron que se necesita entre 13 y 18 sesiones de media para que exista una mejora de al menos el 50%.

El programa se dividirá en tres fases:

- Fase 1 "Comprender y nombrar": construir el vínculo terapéutico y fomentar la cohesión grupal, dotando de un marco teórico sobre la gordofobia y la violencia estética empezando a identificar patrones internos. Esta fase engloba de la primera a la quinta sesión.
- Fase 2 "Sentir y actuar": se busca reducir la evitación, mejorar la regulación emocional, desmontar la autoexigencia corporal y actuar hacia una vida valiosa donde el cuerpo no es el centro de la misma. Esta fase abarca de la sexta a la décima sesión.
- Fase 3 "Crear y sostener": aplicar lo aprendido en el ámbito sexual y/o afectivo, construir relaciones coherentes con los valores, trabajar límites y elaborar un plan de mantenimiento. Esta fase engloba desde la undécima hasta la decimocuarta sesión.

Al inicio de cada sesión de intervención se administrará el Outcome Rating Scale (ORS; Miller et al., 2003) para establecer una línea base individual de cada participante y monitorear los avances. Al final de cada sesión se aplicará la Session Rating Scale (SRS; Duncan et al., 2003) para recoger feedback sobre la experiencia, el vínculo terapéutico y los contenidos. Los datos de la SRS servirán para ajustar y mejorar el programa según la metodología PDCA.

A continuación, se presenta una descripción pormenorizada de las sesiones:

### ***Sesión Pre-intervención 1***

Antes del inicio del programa se realizará una sesión individual de cribado tras el formulario de inscripción, en un espacio privado y seguro, con una duración estimada de 30 a 45 minutos.

#### **Objetivos:**

- Confirmar criterios de inclusión y detectar criterios de exclusión.
- Aplicar cuestionarios psicométricos de cribado.
- Garantizar derivaciones adecuadas cuando el programa no sea indicado.
- Ofrecer un primer encuadre del programa y resolver dudas iniciales.

#### **Desarrollo:**

Explicación inicial: Se hará una breve presentación del programa y de las facilitadoras, reforzando la confidencialidad y el uso de la información para fines de selección. Se explicará que esta sesión tiene como objetivo evaluar la idoneidad de la candidata al grupo. Además, se firmará el Consentimiento informado (ver Apéndice F) y la Protección de Datos Personales (ver Apéndice G).

Verificación de criterios de inclusión y exclusión mediante el uso de una entrevista semiestructurada (ver Apéndice A).

Aplicación de cuestionarios de exclusión para el cribado de malestar psicológico (GHQ-28) y presencia de TCA (SCOFF).

#### **Cierre:**

Despedida, dudas y agradecimientos: Se comunicará de forma clara y cuidadosa la idoneidad o no para participar en el programa. En caso de exclusión, se validará el malestar y se realizará una explicación no patologizante, acompañada de una adecuada derivación. En

caso de inclusión, se informará sobre los siguientes pasos y se las citará para la sesión pre-intervención 2.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será fundamental mantener una actitud ética y no culpabilizadora, evitando reforzar discursos de autoexigencia o fracaso, y manejando las derivaciones con sensibilidad.

### ***Sesión Pre-intervención 2***

Se llevará a cabo una segunda sesión pre-intervención, organizada a lo largo de una semana, en un espacio privado y seguro, con una duración de 45 a 60 minutos.

### **Objetivos:**

- Explicar el propósito de la evaluación inicial y las pruebas a utilizar.
- Garantizar la comprensión y el consentimiento informado.
- Aplicar los cuestionarios psicométricos y el autoinforme de interseccionalidad.

### **Desarrollo:**

Explicación inicial: Se explicará la finalidad de las pruebas, enfatizando que no son exámenes, sino herramientas para comprender su experiencias.

Aplicación de las pruebas psicométricas (SATAQ-4, BAS-2, WBIS, ECR, RSQ Y RAS) y del autoinforme de interseccionalidad (ver Apéndice E).

### **Cierre:**

Despedida, dudas y agradecimientos: se ofrecerá un breve espacio para dudas, se informará de la repetición de las pruebas al finalizar el programa y en el seguimiento a los 3 meses, y se agradecerá la participación y la confianza.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será fundamental presentar las pruebas desde una óptica no patologizante y atender al posible malestar que pueda surgir durante su cumplimentación.

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## ***Sesión 1: Bienvenida, cohesión y marco del programa***

### **Objetivos:**

- Crear un entorno seguro y establecer normas grupales.
- Fomentar la cohesión grupal entre las participantes.
- Introducir el concepto de imagen corporal.
- Explorar la relación con la mirada externa sobre el cuerpo.

### **Desarrollo:**

Presentación de las participantes: se realizará una dinámica en la que cada una dirá su nombre y una sensación corporal experimentada esa semana (calor, suavidad de una prenda, etc.). Este ejercicio ayudará a fomentar la cohesión, participación grupal y el inicio de la descentralización sobre la apariencia.

Descripción de objetivos del programa y creación de normas grupales: Se explicará el objetivo general del programa y se elaborarán de forma colaborativa las normas del grupo (confidencialidad, respeto, lenguaje no gordóforo,...).

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: se explicará la imagen corporal como “la visión que alguien tiene en mente sobre el aspecto (es decir, el tamaño y la figura) de su cuerpo, y la actitud que esa persona adopta hacia sus propias características físicas” (Bell y Rushforth, 2010), y que esta autoimagen puede ser positiva o negativa.

Actividad cuerpo real vs. percepción: En una pizarra se dibujarán dos columnas tituladas “cuerpo real” e “imagen corporal”. Mediante ejemplos se explicará la diferencia (p.ej.: cuerpo real, el cuerpo físico= tengo dos piernas, pelo castaño e imagen corporal, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo = mis piernas son gordas y feas, y mi pelo seco, encrespado y sin brillo) y, a continuación, se pedirá a las participantes que piensen en una

### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

actividad que disfruten (ej: patinar, ir a la playa, ...). Se reflexionará sobre en qué centran su atención durante dicha actividad y cómo los pensamientos y emociones sobre el cuerpo pueden interferir en su disfrute.

Actividad de conexión: Se usará un ovillo que las participantes se irán pasando mientras responden a una pregunta “¿cuándo fui consciente por primera vez de que mi cuerpo era observado/juzgado por otras personas?”. Al finalizar, se explicará que la red formada por el ovillo simboliza el apoyo mutuo del grupo y la conexión a través de las experiencias compartidas.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos: se realizará un breve resumen de los contenidos y se abrirá un espacio para resolver dudas.

Tareas para casa: Se les explicará la importancia del autoinforme semanal (ver Apéndice C), para analizar los cambios que irán experimentando en el proceso. Se les pedirá que, durante la semana, registren situaciones en las que el cuerpo se convierte en el centro de una decisión.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Si alguna de las participantes se muestra reticente a compartir, se reforzará que no es obligatorio hablar. Las cuestiones personales complejas se validarán y, de ser necesario se propondrá abordarlas más adelante o en un espacio individual.

## ***Sesión 2: Entender la violencia estética y la gordofobia***

### **Objetivos:**

- Psicoeducación sobre violencia estética y gordofobia.
- Identificar en qué ámbitos vitales aparecen.

- Diferenciar malestar individual y opresión estructural.
- Fomentar la externalización del problema.

### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: Se invitará a las participantes a compartir las situaciones en las que el cuerpo influyó en una decisión. Los ejemplos se clasificarán en conductas de evitar (no ir a un sitio, no quedar,...), modificar (cambiar de ropa, planes,...) y controlar (pesarse, comprobar,..). Tras esto se abrirá un debate guiado sobre los mensajes internos asociados a la apariencia y qué función tiene (¿quién aprende con esa conducta (evitar, modificar, controlar), vosotras o la inseguridad?).

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: Mediante apoyos visuales se expondrá a las participantes los conceptos clave de los conceptos de gordofobia y violencia estética:

- **Violencia estética:** imposición de un ideal corporal inalcanzable y excluyente que se ejerce mediante coerción social, presión psicológica y discriminación (Pineda, 2020). Basado en pilares gordofóbicos, gerontofóbicos, sexistas y racistas” (Piñeyro, 2019). Será importante resaltar la opresión del sistema en la forma en la que nos relacionamos, haciéndonos desconfiar y dudar de las intenciones de los demás.
- **Gordofobia:** “odio, rechazo y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de ser gordas” (Piñeyro, 2016), junto con los principales agentes de perpetuación del odio tales como los que se recogen en la introducción de este trabajo.
- “*Male gaze*” (Muvley, 1975): como la cultura narrativa y visual modela la imagen de las mujeres para que se perciban a sí mismas como objetos de

consumo y moldeen su cuerpo en función de la mirada masculina, llevando a la autovigilancia en los momentos de intimidad.

El material se presentará en formato audiovisual, donde se ilustrará la evaluación del canon y las intervenciones estéticas, así como el “*male gaze*” mediante ejemplos visuales (ver Figura 1 en Apéndice H) tales como campañas de *Dolce & Gabbana* en las cuales se tiende a fragmentar el cuerpo femenino mostrando solo las zonas más erógenas (Martínez-Lirola, 2021). También se analizarán guiones románticos hegemónicos del cine usando fragmentos o carteles de comedias románticas (Ver Figura 2 en Apéndice H) generando un debate sobre los cuerpos representados y su influencia en nuestras expectativas.

Actividad de externalización: con el fin de externalizar de forma tangible y grupal los conceptos abstractos adquiridos se representará visualmente “al sistema opresor” como “el monstruo de la gordofobia”. Explicaremos que con esta actividad no buscamos hacer una obra de arte, sino representar cómo nos sentimos. Sobre una silueta grande dibujada en cartulina, las participantes añadirán creativamente:

- Elementos que usa el monstruo para atacarlas (palabras, frases, gestos, lugares simbólicos como el espejo, el móvil,...).
- Características físicas que representen el ataque, y que simbolizan la presión (garras, ojos grandes, ...)
- Frases o críticas específicas que el monstruo utiliza.
- Localización del monstruo en su vida cotidiana (p. ej.: el espejo).

Tras finalizar, se guiará una reflexión grupal sobre las estrategias del monstruo y lo que nos quita/roba. Para cerrar, la facilitadora romperá y tirará el dibujo a la basura, simbolizando que “lo nombramos, lo vemos y ahora lo soltamos; está fuera no dentro de nosotras”

**Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal y se pedirá registrar apariciones del “monstruo”, anotando dónde apetece, qué mensaje trae y qué consecuencias tiene.

**Reflexiones para las facilitadoras:**

Se normalizará la dificultad de la tarea y se evitará cualquier enfoque culpabilizador. La externalización se presentará como una herramienta de comprensión y de empoderamiento, no como una obligación.

***Sesión 3: Identificación del Fat talk y la rumiación*****Objetivos:**

- Identificar el “*Fat Talk*” y la rumiación como mandatos internalizados.
- Comprender su impacto en la vida relacional.
- Introducir el distanciamiento de los pensamientos.
- Explorar la interferencia de la voz crítica en la conexión interpersonal.

**Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: en una pizarra se recogerán ejemplos del rastreo del monstruo en tres columnas (dónde apareció, qué mensaje trajo y qué consecuencia tuvo). A partir de estos ejemplos se explicará la existencia de un patrón donde el monstruo nos envía un mensaje sobre el cuerpo, y nosotras al interiorizar actuamos en consecuencia, este mensaje es a lo que llamamos *Fat Talk*.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: Mediante apoyos visuales se presentará el *Fat Talk* como un virus, siendo los comentarios y pensamientos negativos sobre el cuerpo físico propio o ajeno (Nichter y Vuckovic, 1994). Se explicará que este discurso lleva a anticipar el rechazo y actúa con tres venenos:

- Profecía autocumplida: creer que seremos rechazadas nos hace actuar a la defensiva, lo que provoca el alejamiento del resto y confirma la creencia interna (ej: no creerse los piropos de alguien, rechazándolos, puede hacer que la otra persona deje de hacerlo y que nosotras, en consecuencia, pensemos que no les gustamos).
- Desconexión emocional: la tendencia y obsesión a fijarse en el cuerpo lleva a que durante las interacciones nos impida estar presentes, lo que la otra persona percibe.
- Abandono preventivo: se ilustrará cómo el miedo a que el resto se aleje lleva a que nos alejemos nosotras primero, sabotando relaciones potenciales (ej: dejar de salir con alguien por miedo a una futura desilusión).

Se relacionará este patrón con la rumiación, explicando cómo este “circuito de obsesión” secuestra la mente en bucles de pensamientos negativos, aislando a las participantes de sus relaciones.

Actividad de role-play: En parejas se simulará una cita en un restaurante usando dos guiones.

- Ronda 1: una participante actuará “secuestrada” por un *Fat Talk* específico (ej: “está mirando cómo como”), mientras la otra hace de cita. Luego ambas reflexionan sobre la dificultad de la secuestrada y cómo se sintió la cita.

- Ronda 2: se repite el escenario, pero la participante secuestrada ahora nota el pensamiento y elige conscientemente volver su atención a la conversación. La “cita” comparte cómo se sintió esta vez.

Finalmente, se le preguntará al grupo que si el *Fat Talk* fuera en vez de un pensamiento fuera un personaje saboteador qué estaría haciendo y qué objetivo tendría. Esto busca favorecer la externalización del pensamiento para poder elegir ignorarlo y conectar con la otra persona.

Introducción al distanciamiento de pensamientos: se explicará que el objetivo es que sean capaces de observar los pensamientos sin fusionarse con ellos. Las participantes anotarán un ejemplo de “voz crítica o *Fat Talk*” y lo repetirán mentalmente de tres formas:

- Normal: tal cual la anotaron.
- Introduciendo distancia: “estoy teniendo el pensamiento de que...”.
- Como voz externa: “el monstruo/virus está diciendo que”

Una vez hecho esto se reflexionará si este cambio en el discurso modifica las emociones, conductas y la forma de relacionarse.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal y el registro del *Fat Talk* utilizando las tres formas de distanciamiento.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

La idea de esta sesión no es eliminar los pensamientos, puesto que van a estar igualmente, sino reducir su influencia, des-culpabilizando la internalización de los mensajes.

### ***Sesión 4: Interseccionalidad y opresión***

**Objetivos:**

- Introducir el concepto de interseccionalidad.
- Analizar su impacto en el autoconcepto y los vínculos
- Validar las experiencias desde una mirada no culpabilizadora
- Explorar la interacción entre la gordofobia y otras opresiones.

**Desarrollo:**

## Aplicación de ORS

Revisión de la tarea para casa: se comentará brevemente la experiencia de distanciamiento del *Fat Talk*, validando las dificultades y reforzando avances.

Psicoeducación: mediante un diagrama de Venn (ver Figura 3 en Apéndice H), se explicará como la superposición de las opresiones (gordofobia, machismo, racismo, ...) multiplica (no suma) la discriminación, creando un “ecosistema de opresión” único para cada persona, esto se conoce como interseccionalidad acuñado en 1989 por Kimberlé Crenshaw. En la pizarra se crearán dos columnas (autoconcepto y vínculos) para guiar una reflexión interactiva sobre cómo este ecosistema afecta a nuestra autoimagen y en nuestras relaciones afectivas y sexuales. El mensaje final es comprender que luchamos contra un sistema de opresiones entrelazadas, haciendo esencial cultivar la compasión hacia una misma y hacia los demás.

Actividad “las capas que cargo y las capas que me sostienen”: el objetivo será visibilizar cómo interactúan las opresiones en la experiencia personal e identificar los recursos que las sostienen. Cada participante recibirá hojas de colores que representan sus capas vitales. En cada hoja escribirán:

- Capa 1: una opresión principal que le afecte (gordofobia, machismo,...).

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Capa 2: una intersección significativa (ej: ser gorda y mujer en el mundo laboral,...).
- Capa 3: el impacto en sus vínculos (ej: miedo al rechazo, sobreesfuerzo,...).
- Capa 4: un recurso protector o de resistencia real (ej: personas significativas, humor, límites firmes,...).
- Capa 5: un deseo o algo que les gustaría cultivar (ej: “ocupar espacios sin disculparme”).

Tras completar las capas, se guiará una reflexión grupal con preguntas como: ¿qué capa os sorprendió descubrir?, ¿cómo os afecta la intersección en vuestros vínculos?, ¿qué capa protectora reconocisteis que nunca habíais visto como un recurso?, ¿qué sentisteis al daros cuenta de que algunas compartís capas similares?.

#### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal, y se les pedirá visibilizar la capa protectora en un espacio cotidiano, es decir que la pongan en un lugar donde puedan verla cada día.

#### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Los materiales y ejemplos pueden adaptarse al grupo. Se cuidará el clima emocional y el ritmo de la sesión.

#### ***Sesión 5: “No estoy rota, estoy herida”***

##### **Objetivos:**

- Identificar la vergüenza corporal como mecanismo central de la internalización de la gordofobia.

- Reconocer el “policía del cuerpo” como voz opresora internalizada.
- Identificar el fenómeno del “espejo prestado” y su impacto en deseo, sexualidad y disponibilidad afectiva,
- Comenzar a diferenciar la mirada externa internalizada de una mirada propia más compasiva.

**Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: se comentará brevemente la experiencia de tener visible su capa protectora. Se preguntará en qué momentos verla ayudó y si notaron cambios en su forma de hablarse o tratarse.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: con apoyo visual se introducirán tres conceptos:

- Vergüenza corporal: se explicará como una respuesta aprendida a la violencia estética, no como un defecto personal. Se abordará la creencia de ser inherentemente defectuosas. Se utilizará la metáfora de “un pez no sabe que está mojado” para ilustrar cómo la vergüenza se vive como un estado “normal”. Se abordará cómo la vergüenza contrae el deseo al mantener una autoobservación constante.
- Policía del cuerpo: se presentará como un sistema interno de vigilancia activa que busca evitar el dolor del rechazo, se enfatizará su función protectora fallida. Se propondrá un ejemplo para ilustrar la situación: “Os gusta alguien y tenéis la oportunidad de tener una cita, pero vuestra policía os dice que ni lo intentéis que total os van a rechazar por cómo lucís, y que no merece la pena pasar por esa humillación”.

- Espejo prestado: este se explicará como la construcción de la autopercepción a partir de lo que creemos que otras personas ven y piensan. De esta forma la mirada ajena sustituye la propia, lo que dificulta la conexión con el deseo y las emociones. Se subrayará que desarrollar una mirada interna compasiva es un acto de desobediencia al sistema.

Actividad “el asalto al Consejo Interno”: se les pedirá que imaginen que dentro de ellas hay un “Consejo Interno” que toma las decisiones. Las participantes escribirán en post-its las voces habituales (policía del cuerpo, vergüenza, comparación, espejo prestado, crítica perfeccionista) junto con las frases típicas de cada una (ej: “no deberías ponerte eso”), colocando los papeles en forma de mesa. Se explicará que no se busca eliminar las voces, sino quitarles poder. Cada participante elegirá una voz dañina y escribirá en otro post-it:

- Voz destruída por: su nombre propio o apodo.
- Razón de destrucción: ej: me apaga el deseo, me hace esconderme,...

La voz destituida se retirará de la mesa y se sustituirá por la nueva voz aliada (ej: compasión, guardiana del deseo, etc), la cual deberán describir brevemente (ej: “me recuerda que mi cuerpo merece espacios sin vigilancia”).

De forma voluntaria se compartirá qué voz fue destituida, cuál ocupa su ahora su lugar y cómo se siente su cuerpo con ese cambio, Se reforzará que su Consejo seguirá reuniéndose, pero con una redistribución del poder.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal y se añadirá un “diario de actas del consejo”, registrando cuándo aparece la voz destituida, qué dice y qué poder tiene (0-10), junto con la activación de la voz aliada.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será importante que las participantes entiendan que crear una mirada compasiva no busca romantizar el cuerpo ni negar el malestar, sino reconocerlo, habitarlo y nombrarlo. Se normalizará la dificultad de identificar una sola voz y se aclara que no convocar la voz aliada no es un fracaso, sino parte del proceso.

### ***Sesión 6: Del lenguaje de odio al lenguaje neutral***

#### **Objetivos:**

- Identificar los distintos tipos de lenguaje corporal y su impacto en los vínculos.
- Comprender la neutralidad del lenguaje como puente de reconexión.
- Practicar la transformación del lenguaje de odio en neutral.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: en pequeños grupos se compartirá la experiencia del diario de actas. Posteriormente se hará una puesta en común sobre cambios, aunque sean mínimos, en la forma de relacionarse.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: Se presentará una tabla con tres tipos de lenguaje:

- Lenguaje de odio: juicio, comparaciones y catastrofismo que aumentan la hipervigilancia y bloquea la iniciativa afectiva (ej: “me encierro antes de que me rechacen”).
- Lenguaje neutral: descriptivo y sin juicio, reduce el ruido interno (ej: “tengo vergüenza y se que eso me aleja”)

- Lenguaje compasivo: amable, agradecido y validante, facilita vínculos más seguros (ej: “mi cuerpo no invalida mi deseo”).

Se invitarán a reflexionar sobre cómo el lenguaje de odio ha interferido en relaciones afectivas y se les pedirá que imaginen por un momento cómo sería sentarse con alguien teniendo un lenguaje neutral en vez de uno de odio.

Actividad de “traducción”: se practicará la traducción consciente de frases sabotadoras a un lenguaje neutral y, finalmente, compasivo.

Cada participante recibe 3-4 papeles rojos para anotar mensajes del lenguaje de odio. Se recogerán y, de forma anónima, se leen alguna en voz alta. Las facilitadoras guían al grupo para identificar su mecanismo de sabotaje (evitar, modificar, controlar) y ayudar a una primera reestructuración neutral. A continuación, se formarán tríos. Cada grupo recibe una selección de papeles rojos y de papeles amarillos vacíos. Su tarea será traducir las frases rojas al lenguaje neutral escribiéndolo. Se pondrán en común las nuevas frases y se pegarán en una cartulina bajo el título de “Me Conecta”, creando un diccionario grupal del lenguaje neutral, de forma que se creará un pequeño diccionario de frases neutras para distintas situaciones. Finalmente, el grupo elegirá 2-3 frases de la cartulina y colaborarán para traducirla al lenguaje de la compasión, éstas se anotarán en papeles verdes y se colocarán en otra cartulina titulada “Me afirma”.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal y se pedirá detectar al menos tres intentos de sabotaje del lenguaje de odio, realizando internamente la traducción al lenguaje neutral.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Se normalizará la dificultad del cambio lingüístico, enfatizando que el objetivo no es eliminar la incomodidad, sino reconocer el mecanismo y practicar la traducción.

### ***Sesión 7: Sacando el foco del cuerpo***

#### **Objetivos:**

- Desplazar el foco del cuerpo como eje de preocupación.
- Diferenciar entre pensamientos centrados en el cuerpo y discriminación estructurada real.
- Practicar defusión compasiva sin invalidar opresiones reales.
- Recuperar el deseo, proyectos y vínculos como espacios propios.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: se explorará en qué situaciones el lenguaje de odio fue más potente y si la traducción produjo cambios en el foco atencional.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: se distinguirán dos tipos de experiencias:

- Pensamientos y emociones centrados en el cuerpo: independientemente de su veracidad, estos interfieren en la vida, vínculos y proyectos (ej: “no puedo ir hasta que adelgace”). Se trabajarán desde la defusión, buscando observarlos sin apego, sin pelear con ellos ni obedecerlos, entendiendo que no nos definen.
- Evaluaciones realistas de discriminación: se basan en hechos de opresión estructural (gordofobia, racismo,..) que impactan realmente en la salud, empleo o vínculos (ej: “en el médico no me escuchan por mi tamaño corporal”). A diferencia de los primeros, no se reinterpretan como distorsiones, sino que se validan explícitamente, reconociendo la necesidad de nombrarlas.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Finalmente, se introducirá, la idea de redirigir el foco atencional desde el cuerpo hacia los ámbitos de los proyectos vitales de cada una.

Actividad “mapa de importancias”: las participantes escribirán:

- 3 tarjetas (A): pensamientos centrado en el cuerpo (ej: vergüenza).
- 3 tarjetas (B): realidades de discriminación (ej:falta de ropa de mi talla).
- 3 tarjetas (C): cosas que quieren recuperar (ej:intimidad sin vergüenza).

En una mesa central habrá tres zonas delimitadas como:

- Imán: lo que absorbe mi energía.
- Realidad: lo que debe validarse y cuidarse.
- Brújula: lo que me orienta.

Se le pedirá a las participantes que escojan una de sus tarjetas C y la coloquen sobre la mesa, mientras que las A y las B las guardarán para ellas. La idea de esto será reforzar que lo que se buscará compartir son los caminos y no las heridas.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Se invitará a cada participante a llevar consigo la tarjeta C y registrar activaciones del imán o la realidad, aplicando defusión o validación según corresponda, y tres acciones alineadas con la brújula.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

El éxito de la sesión radicará en que las participantes comprendan y experimenten la diferencia entre pensamientos centrados en el cuerpo (imán) y la discriminación estructural (realidad). Será clave guiar con claridad para no invalidar el dolor real ni reforzar el monólogo corporal, orientando siempre hacia los deseos propios.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## ***Sesión 8: Autoexigencia y valores***

### **Objetivos:**

- Identificar la autoexigencia como estrategia de supervivencia.
- Diferenciar entre la exigencia impuesta y valores personales.
- Explorar valores propios en vínculos, intimidad y autocuidado.
- Practicar decisiones basadas en valores y no en la autoexigencia.

### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: se explorará cuándo se activó el imán (pensamientos centrados en el cuerpo) y cuándo apareció la realidad (experiencias de discriminación), así como cómo se aplicó la defusión o validación. Se invitará a compartir una pequeña victoria alineada con la brújula (ej: probarse ropa sin autocrítica).

Aplicación de ORS.

Psicoeducación “la ley impuesta y la democracia personal”: se explicará que la autoexigencia es una estrategia de supervivencia y protección ante los mandatos estéticos del sistema (ej: “para ser digna de amor debo ser delgada y guapa”), con la función de anticipar el rechazo y “evitar errores sociales”. Se resaltarán que no es una elección libre, sino una adaptación a un contexto hostil. En contraposición, los valores personales son principios elegidos libremente que guían nuestra vida. Sin metas flexibles, no imposiciones. Se invitará a explorar qué valores son importantes en áreas como los vínculos (ej: confianza, honestidad,...), la intimidad (conexión, placer,...) y el autocuidado (descanso, límites,...).

Actividad “el juicio interno”: en parejas, una participante asumirá el rol de la clienta y la otra el de la abogada defensora de los valores. La clienta expresará una demanda autoexigente habitual. La abogada deberá:

- Validar la intención protectora de la autoexigencia, ej: “entiendo que esa parte de ti teme al rechazo y por eso te protege”.
- Rebatir la demanda desde los valores personales de la clienta, ej: “como tu abogada defensora voy a recordarte que tu valor no depende de la aprobación ajena”.
- Formular una sentencia compasiva: propondrá un veredicto amable y compasivo para finalizar, ej: como tu abogada defensora, abogaré por tu paz y propongo absolverte de la acusación de debilidad. En su lugar, te reconozco en un proceso de aprendizaje para encontrar tu voz, con paciencia y respeto hacia ti misma.

Posteriormente, se intercambiarán los roles. Al finalizar, se facilitará una reflexión grupal sobre cómo fue escuchar a alguien defender los propios valores y ejercer ese rol para otra persona.

#### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal junto. Además, se pedirá identificar una situación de autoexigencia durante la semana y redactar una sentencia propia actuando como abogadas defensoras de sus valores personales.

#### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será clave mantener un tono comprensivo y no patologizante, subrayando que la autoexigencia fue útil en su momento. Las facilitadoras deberán modelar el rol de la abogada defensora para reducir inseguridades y facilitar la comprensión de la actividad.

#### ***Sesión 9: Regulación emocional***

**Objetivos:**

- Comprender la función adaptativa de las emociones.
- Diferenciar entre regulación y control.
- Practicar técnicas somáticas y cognitivas.

**Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: se invitará a compartir una situación en la que apareció la autoexigencia, qué emoción se activó y cómo actuaron desde la “abogada defensora”. Se explicará que, aunque esa voz intenta intervenir, muchas veces queda bloqueada por emociones intensas. Se enmarcará la sesión como un espacio para aprender a regular esas emociones, no a controlarlas.

**Aplicación de ORS.**

Psicoeducación emocional: mediante la rueda de las emociones (ver Figura 4 en Apéndice H) (Plutchik, 1980) se explicará la existencia de emociones básicas, secundarias y terciarias, resaltando que todas las emociones son universales y cumplen una función adaptativa. Se subrayará que no existen emociones “buenas” o “malas”, sino respuestas aprendidas del cuerpo orientadas a la supervivencia. En contextos de opresión corporal, estas emociones pueden activarse con mayor intensidad o frecuencia. Se diferenciará entre:

- Control/supresión emocional: es como recibir a un mensajero urgente y sin escuchar lo que nos quiere decir lo encerramos en un cuarto o lo echamos de casa. Esto hace que gastemos energía en silenciarlo, pero sin atender el mensaje que nos trae.
- Gestión/regulación: consiste en aceptar las emociones, recibir al mensajero, y escuchar con atención lo que nos quiere decir. De esta forma, se identifica la

emoción y se valida su función en nuestra vida de forma que su intensidad acaba disminuyendo.

Se introducirá la metáfora del autobús, donde pensamientos y emociones son pasajeros que pueden resultar molestos, pero no que deben dirigir el rumbo. La idea es que no podemos controlar quién sube a nuestro autobús, pero sí podemos decidir si les damos nuestra energía y nos perdemos en la ruta o si seguimos conduciendo hacia el lugar al que queremos llegar.

Actividad “técnicas de regulación emocional”: Se explicarán y practicarán tres técnicas:

- Anclaje sensorial (somática): llamada también técnica 5-4-3-2-1 (5 cosas que puedas ver, 4 que puedas sentir, 3 que puedas escuchar, 2 que puedas oler y 1 que puedas saborear).
- Técnica de la respiración cuadrada (somática): esta se basa en seguir un ritmo de 4 tiempos (4 segundos) en cada una de las 4 fases: 4 segundos de inhalar, 4 segundos de retener el aire, 4 segundos de exhalar y 4 segundos de apnea.
- Defusión cognitiva: siguiendo con la metáfora del autobús se les pide que identifiquen a uno de los pasajeros que molesta, que lo nombren (“soy fea”) y que busque cambiar y observarlo desde fuera (“estoy teniendo el pensamiento de que soy fea”). De esta forma, aunque el pasajero sigue ahí, no es quien controla el autobús.

Para cerrar, cada participante identificará un “pasajero” activo, aplicará una técnica y reflexionará sobre hacia qué dirección valiosa desea seguir conduciendo, conectando con la brújula trabajada previamente.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos..

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Además, se pedirá que durante la semana identifiquen un pasajero emocional, apliquen alguna técnica de regulación y registren hacia qué dirección decidieron conducir.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será importante remarcar que algunas emociones se originan de experiencias reales de discriminación y no deben invalidarse, el objetivo no es eliminar emociones, sino transformar la relación con ellas. Las facilitadoras podrán modelar las técnicas para facilitar el aprendizaje experiencial.

### ***Sesión 10: Corporalidad y vínculos***

#### **Objetivos:**

- Explorar el impacto de la opresión corporal en la forma de vincularse.
- Recuperar el cuerpo como sujeto sensible y no solo como objeto observado.
- Practicar la presencia corporal para favorecer vínculos más auténticos.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: se invitará a compartir una situación en la que apareció un “pasajero” difícil y cómo intentaron seguir conduciendo pese a su presencia. Se introducirá la sesión como un espacio para revisar las huellas de la opresión corporal y rediseñar el “vehículo interno” desde el que nos vinculamos.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación “el muro y el espejo”: Se explicará cómo la gordofobia y los mandatos corporales llevan a construir muros defensivos, viviendo el cuerpo como algo a proteger de la mirada ajena. Este muro se sostiene mediante conductas de evitación,

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

modificación y control. En los vínculos, esto hace que nos relacionemos desde un espejo distorsionado, donde la atención se centra en cómo somos percibidas en lugar de en el encuentro con la otra persona, favoreciendo la desconexión.

Como alternativa a esto, se introducirá la idea de la presencia corporal, entendida como la capacidad para reconocer sensaciones difíciles (miedo, vergüenza,...) y volver la atención al cuerpo y al encuentro. Se realizará un ejercicio guiado de presencia corporal que incluya:

- Registro de apoyos del cuerpo (suelo, silla,...).
- Atención a la respiración natural.
- Observación de zonas de tensión y relajación.
- Ampliación de la postura desde la respiración.

Tras esto, se abrirá un espacio voluntario para compartir la experiencia.

Actividad “taller de reconexión”: En parejas, se realizará un role-play en dos fases:

- Interacción desde el espejo distorsionado, manteniendo la atención hipervigilante y autocrítica sobre su propia imagen durante la interacción.
- Tras una pausa sensorial grupal, se repetirá la interacción practicando la atención dual, es decir, reconocer el juicio interno y redirigir la atención a una sensación corporal neutra (como el contacto de los pies con el suelo).

Se explicará que el objetivo no es eliminar el miedo o la vergüenza, sino sostener la presencia sin desaparecer del encuentro.

#### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos..

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Además, antes de interacciones sociales se pedirá realizar una breve pausa sensorial y registrar:

- La situación.
- La sensación usada como ancla.
- Del 1 al 10 cuánta atención estuvo en el espejo distorsionado y cuánta en la presencia.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Se deberá enfatizar la voluntariedad de las tareas y validar la dificultad del proceso, reconociendo que reducir la autovigilancia corporal es un trabajo progresivo tras años de condicionamiento.

### ***Sesión 11: Intimidad, consentimiento y seguridad***

#### **Objetivos:**

- Explorar el concepto de intimidad más allá de lo sexual.
- Analizar el impacto de la opresión corporal en la intimidad afectiva y sexual.
- Diferenciar entre deseo genuino, complacencia y miedo.
- Practicar habilidades de consentimiento mediante comunicación asertiva.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: en pequeños grupos se compartirá qué notaron antes y después de realizar la pascua sensorial y cómo fue la experiencia. Se enlazará con la sesión anterior, explicando que la presencia corporal es una condición necesaria para que la intimidad pueda darse y para identificar lo que genuinamente se desea.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación “intimidad en la opresión”: se redefinirá la intimidad como un espacio de confianza, acceso mutuo y conexión emocional. Se describirán distintos tipos de

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

intimidad: intelectual (libertad para pensar por sí misma y creer que el/la/le otro/-a/-e valora sus opiniones), espiritual (compartir opiniones y creencias), emocional (apertura a compartir emociones y sentimientos) y experiencial (compartir experiencias y momentos). Se explicará cómo la opresión corporal interfiere en todas ellas, generando miedo, vigilancia y desconexión, y dificultando sentirse merecedoras de cuidado, poner límites, expresar deseo y diferenciar interés genuino de dinámicas de complacencia o fetichización.

Se introducirán tres vértices del deseo confuso (ver Figura 5 en Apéndice H):

- Deseo genuino: conectado con el cuerpo, el placer, la apertura y la disponibilidad.
- Complacencia: basada en el deber o el miedo a defraudar, con desconexión corporal.
- Miedo: asociado al rechazo o al juicio, bloquea el deseo.

Se abordará el consentimiento asertivo como un proceso comunicativo continuo, orientado a crear seguridad para que el deseo pueda emerger, enfatizando el uso de un lenguaje claro y asertivo.

Actividad “semáforo corporal”: se presentará el semáforo como herramienta para traducir sensaciones físicas en información sobre el consentimiento.

- Verde (sí): sensaciones de apertura, calma, curiosidad,...
- Amarillo (duda): tensión leve, ambivalencia, necesidad de pausa,...
- Rojo (no): opresión, bloqueo, deseo de alejarse,...

Se realizará una imaginación guiada con escenarios neutros (ej: te piden un abrazo), tras los cuales las participantes identificarán el color activado y las sensaciones asociadas.

Actividad de role play “digo sí, digo no, digo no sé”: en parejas, se practicarán respuestas asertivas a distintos escenarios, consultando el semáforo corporal y expresando:

- Un sí claro y amable.
- Un no firme y calmado, sin justificaciones excesivas.
- Un “no lo sé” o petición de tiempo

Se cerrará con una reflexión grupal sobre la experiencia de dar cada tipo de respuesta.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Además, se pedirá registrar entre 2 y 4 situaciones cotidianas en las que consulten su semáforo corporal, anotando el color identificado.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será clave sostener un enfoque no patologizante, entendiendo la complacencia y miedo como estrategias adaptativas. Se deberá modelar el lenguaje asertivo y validar cualquier respuesta del semáforo, evitando interpretar la dificultad para identificar el deseo genuino como resistencia.

### ***Sesión 12: Límites, autocuidado y red de apoyo***

#### **Objetivos:**

- Comprender los límites como una forma de autocuidado.
- Analizar cómo la opresión interfiere en la capacidad para poner límites.
- Practicar la comunicación límites de forma asertiva y compasiva.
- Explorar formas de autocuidado realistas.
- Mapear y fortalecer la red de apoyo.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: en grupo se compartirán situaciones en las que identificaron el color del semáforo corporal, cómo respondieron y qué aprendieron sobre su deseo o dudas. Se conectará el semáforo con los límites, presentándolos como una expresión corporal del consentimiento.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación “límites como autocuidado”: se explicará que los límites no son barreras hostiles, sino recursos de protección del bienestar emocional, físico y relacional. Se abordará cómo la opresión corporal dificulta su establecimiento, reforzando la complacencia y el miedo al rechazo, así como mensajes culturales que normalizan la invasión y el desgaste (ej: “con tu cuerpo con que alguien te preste atención deberías estar agradecida”). Se validará el agotamiento que esto genera. Se presentarán tres tipos de límites:

- Límites protectores: orientados a prevenir el daño.
- Límites de relación: para sostener vínculos saludables.
- Límites de identidad: para preservar valores y autenticidad.

Se introducirá el autocuidado como un conjunto de prácticas alcanzables y no exigentes, invitando a identificar microacciones que ayuden a recuperar energía y presencia (ej: pedir claridad, descanso,...).

Actividad “laboratorio de límites”: en parejas, se practicarán los tres tipos de límites a partir de escenarios concretos (ej: un familiar hace un comentario sobre tu peso, una amiga te pide constantemente tu opinión sobre su ropa y cuerpo, en tu trabajo asumen que por tu cuerpo serás la divertida).

Se enseñarán tres pasos para comunicar límites:

1. Identificar y nombrar la necesidad interna (ej: parar y pensar para resolver un conflicto).

2. Expresar el límite con claridad, sin justificaciones excesivas (ej: “no puedo seguir con esta conversación ahora”).
3. Proponer alternativas cuando sea pertinente, sin obligación de reparar (ej: “¿te parece si hablamos mañana sobre esto?”).

Se repetirán los ejercicios invirtiendo los roles.

Actividad red de apoyo: las participantes elaborarán dibujando un esquema personal en tres niveles:

- Núcleo: vínculos de mayor intimidad y seguridad (familia, amigos, pareja, mascota...)
- Segundo nivel: apoyos cercanos pero menos íntimos.
- Tercer nivel: redes amplias como profesionales o comunitarias que actúan de sostén cotidiano en rutinas.

Se facilitará una reflexión sobre qué vínculos desean fortalecer y qué límites podrían resultar beneficiosos.

### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Se pedirá practicar un límite en una situación de baja intensidad, realizar una acción de autocuidado accesible y registrar la experiencia posterior.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será importante reforzar que poner límites no es egoísmo. En los role-play se enfatizará que son como un “simulador de vuelo” y que no se busca la perfección de las

mismas. Se validará que los mapas de apoyo puedan contener vacíos, entendiéndolos como información útil sobre necesidades y oportunidades de crecimiento.

### ***Sesión 13: Vida valiosa***

#### **Objetivos:**

- Consolidar la sensación de agencia en contextos sociales y cotidianos.
- Explorar la relación entre visibilidad, vergüenza y elección.
- Practicar la toma de decisiones en situaciones sociales o interpersonales.
- Reforzar la capacidad de actuar desde valores en presencia de la incomodidad.
- Fortalecer la identidad grupal como una comunidad empoderadora.
- Preparar la transición hacia el cierre del programa.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: Se compartirán brevemente experiencias de puesta de límites y autocuidado, poniendo el foco en qué ocurrió y cómo se sintieron. Se reforzará que el objetivo no es la ejecución perfecta, sino la observación y el intento consciente.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación: Se introducirá el concepto de vida valiosa como aquella guiada por elecciones coherentes con los valores, incluso en presencia de malestar. Se retomarán metáforas trabajadas (brújula, autobús, semáforo, etc) para explicar que la vergüenza, el miedo o el juicio pueden estar presentes sin dirigir las decisiones. Se presentarán tres vértices de la presencia social (ver Figura 6 en Apéndice H):

- Visibilidad: ocupar espacio y ser visto
- Vergüenza: pensamientos automáticos ligados a mandatos corporales.
- Elección: capacidad consciente de decidir la respuesta.

Se explicará que la agencia corporal emerge de la interacción entre estos vértices, subrayando que no se busca eliminar la vergüenza, sino reconocerla y elegir actuar.

Actividad “las tres puertas”: se dispondrán tres sillas (visibilidad, vergüenza y elección). Cada participante pensará en una situación reciente de tensión entre quedarse o huir, y por turnos, la explorará pasando por cada silla:

- Visibilidad: qué era importante y qué deseaba experimentar (ej.: lo que verdaderamente quería era disfrutar).
- Vergüenza: pensamientos aparecidos, expresados en tercera persona (ej.: la voz que surgió decía que debería esconderme).
- Elección: herramientas o acciones posibles alineadas con los valores (puede elegir hacer anclaje sensorial, 5-4-3-2-1, y comunicar mi preferencia, que me gustaría ir más despacio).

#### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Resumen, dudas y agradecimientos.

Anticipación de cierre del programa: se informará que la próxima sesión estará orientada a integrar el recorrido y proyectar la continuidad fuera del grupo, y que se recogerán los autoinformes semanales.

Tareas para casa: se mantendrá el autoinforme semanal. Además, se pedirá a cada participante que explore primero sus valores personales, reflexionando sobre lo que es más importante para ella en sus relaciones, cómo les gustaría mostrarse y qué le hace sentir que lleva una vida auténtica (ej: apertura, cuidado, honestidad, etc.). A partir de esa exploración, practicará una acción de agencia: aplicar una herramienta para reconocer la incomodidad y realizar una microacción alineada con los valores (ej: hacer una pregunta porque mi valor es

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

la apertura,...), registrando la situación, la herramienta, la acción y una palabra que describa la sensación posterior.

### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será clave sostener un espacio donde incomodidad, presencia y elección coexistan. En la actividad, se deberá garantizar que cada participante ocupe un rol protagonista. La anticipación del cierre debe enfocarse en la continuidad del proceso, evitando un tono de despedida prematura.

### ***Sesión 14: integración final y plan de mantenimiento***

#### **Objetivos:**

- Integrar los aprendizajes del programa.
- Elaborar un plan personalizado de mantenimiento (“Botiquín de Primeros Auxilios”).
- Identificar señales de alerta y estrategias de afrontamiento.
- Cerrar el proceso grupal de manera ritualizada, reforzando la identidad grupal.
- Proyectar la continuidad de una vida valiosa más allá del grupo.

#### **Desarrollo:**

Revisión de la tarea para casa: Se compartirán las experiencias de acción de agencia (situación, herramienta, microacción y sensación posterior), reforzando que la agencia no implica ausencia de incomodidad, sino capacidad de elegir. Se recogerán los autoinformes semanales.

Aplicación de ORS.

Psicoeducación “tampoco somos perfectas”: Se explicará que el proceso de cambio no es lineal y que es esperable la reaparición de vergüenza corporal, hipervigilancia o autocrítica, especialmente en contextos vinculares significativos. Se enfatizará que el objetivo no es eliminar estas voces, puesto que estas son producto de un sistema social aprendido, sino

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

cambiar la relación entre ellas para que no dirijan las decisiones ni la forma de habitar el cuerpo. El mantenimiento se conceptualiza como la capacidad de darse cuenta, intervenir y volver a elegirse.

Se propondrá una reflexión individual donde antes de seguir se mirará hacia atrás, se entregará una hoja con las siguientes preguntas, orientadas a consolidar la narrativa del proceso y preparar la elaboración del botiquín:

- Al inicio, cuando pensaba en mis vínculos y mi cuerpo, lo que más me dolía era...
- Hoy cuando aparece la vergüenza, las dudas o el miedo, noto que es algo diferente porque,...
- Una herramienta, gesto o acción que antes no tenía y ahora sí es...
- Cuando vuelva a sentir que “retrocedo o no avanzo” me gustaría recordar que...

Actividad “botiquín de primeros auxilios”: Cada participante elaborará su botiquín personal usando una pequeña caja, materiales para que la decoren (cartulinas, pegatinas, hilos,...) y pequeñas tarjetas. Incluirán:

- Señales de alerta: 2-3 indicadores tempranos de alejamiento de la vida valiosa (ej: empiezo a cancelar planes por miedo a cómo me verán).
- Herramientas de regulación: escribirán 2-3 recursos prácticos del programa (ej: respiración cuadrada, lenguaje neutral,..)
- Apoyos externos: personas, espacios o recursos a los que puedan recurrir ante malestar.

- Recordatorios de su vida valiosa: valores, frases o imágenes por las que consideren que merece la pena vincularse con los demás (ej. mi valor no depende de mi apariencia, recordar la sensación de una risa compartida,...)

Se aclarará que el botiquín es una herramienta preventiva y se ofrecerá compartir algún elemento de forma voluntaria.

Actividad ritual: Se realizará un cierre similar a la actividad de conexión utilizada en la primera sesión. De nuevo, se utilizará un ovillo de hilo o lana. Cada participante nombrará un aprendizaje o recurso que se lleva y reconocerá algo valioso de la compañera a la que decida pasar el ovillo. Esto ayudará a retomar la idea de que ese hilo simboliza el sostén construido, y que este es elástico, por lo que aunque se alejen en el espacio, esa comprensión y fuerza que tejieron aquí, permanece y continúa más allá de este lugar.

#### **Cierre de sesión:**

Aplicación SRS.

Información final: Se recordará la realización de la sesión de postratamiento y del seguimiento individual a los 3 meses.

Resumen, dudas y agradecimientos: Se cerrará el programa como un recorrido compartido, destacando la construcción de recursos para una vida valiosa. Se resolverán dudas finales y se agradecerá profundamente su participación, su valentía, vulnerabilidad y confianza, enfatizando que aunque el grupo formal termina, la comunidad de apoyo y los recursos son un legado y tesoro que se llevan consigo. Finalmente, se abrirá un espacio para una despedida cálida y libre.

#### **Reflexiones para las facilitadoras:**

Será importante sostener el cierre validando emociones ambivalentes y permitir espacios de silencio. El mensaje final deberá centrarse en la confianza en la capacidad de cada participante para ser agente de su propio cuidado y mantener lo aprendido.

### ***Sesión Post-intervención***

Al finalizar el programa se realizará una sesión individual con cada participante para comparar los resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención y post-intervención. Las sesiones se organizarán a lo largo de una semana, en un espacio privado y seguro, con una duración aproximada de 45-60 minutos.

#### **Objetivos:**

- Evaluar el impacto inmediato del programa mediante la re-aplicación de pruebas psicométricas.
- Reflexionar conjuntamente sobre el proceso grupal y los cambios autopercebidos.
- Recoger feedback cualitativos a través de una entrevista final semiestructurada.
- Consolidar el compromiso con el plan de mantenimiento y resolver dudas finales.

#### **Desarrollo:**

Acogida y contextualización: se explicará el objetivo de la sesión y de la reaplicación de las pruebas, enfatizando nuevamente que no se trata de exámenes, sino de herramientas de evaluación del proceso. Se resolverán dudas iniciales.

Aplicación de pruebas psicométricas (SATAQ-4, BAS-2, WBIS, ECR, RSQ Y RAS).

Entrevista final semiestructurada (ver Apéndice D).

#### **Cierre de sesión:**

Refuerzo del plan de mantenimiento: Se revisarán los logros alcanzados, las dificultades encontradas y el uso del Botiquín de Primeros Auxilios, reforzando la idea de que el cambio no es lineal y que los retrocesos forman parte del proceso.

#### **Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

Recordatorio de la sesión de seguimiento: se informará de la sesión de evaluación a los 3 meses y de que se conectará con ellas para concertar cita.

Despedida y agradecimiento final: Se agradecerá la participación, la implicación y la vulnerabilidad mostradas, reforzando la confianza en sus recursos personales y en continuidad de su proceso.

### **Reflexión para las facilitadoras:**

Durante la aplicación de las pruebas se observarán posibles señales de malestar, sin realizar derivaciones salvo en casos claros, ya que se deberá dejar un tiempo para que la terapia haga su efecto. La corrección de las pruebas y autoinformes semanales se realizará posteriormente para evaluar los avances y el impacto del programa.

### ***Sesión de seguimiento:***

Tres meses después de la finalización del programa se realizará una sesión individual, similar a la de post-intervención, para evaluar la estabilidad de los cambios en el tiempo.

### **Objetivos:**

- Evaluar la consolidación y generalización de los cambios mediante la re-aplicación de pruebas psicométricas.
- Explorar el proceso de mantenimiento, identificando recursos y dificultades.
- Reforzar la agencia personal y orientar sobre apoyos futuros si fuera necesario.

### **Desarrollo:**

Reencuentro y contextualización: Se creará un clima cálido de apertura preguntando por la evolución desde el cierre del programa. Se explicará el objetivo de la sesión, enfatizando que no es una evaluación normativa ni un juicio, y se resolverán dudas.

Aplicación de pruebas psicométricas (SATAQ-4, BAS-2, WBIS, ECR, RSQ Y RAS)

Entrevista final semiestructurada (ver Apéndice D).

**Cierre de sesión:**

Devolución general y normalización: se comentarán los hallazgos de forma empática, normalizando posibles retrocesos y reforzando que no invalidan el proceso ni los aprendizajes.

Orientación hacia el futuro: Se ofrecerán recomendaciones de mantenimiento y, si procede, derivaciones a otros recursos.

Despedida y agradecimientos: Se agradecerá la participación y se cerrará con un mensaje de reconocimiento y apoyo.

**Reflexión para las facilitadoras:**

Mantener una actitud curiosa y no enjuiciadora. Se deberá estar atenta a posibles indicadores de malestar que requieran apoyo adicional y realizar, si procede, una derivación ética y cuidada.

**Conclusiones**

El objetivo general de este trabajo fue desarrollar un programa de intervención basado en las terapias contextuales para reducir el impacto de la violencia estética y la gordofobia en la capacidad para establecer vínculos sexoafectivos satisfactorios: El programa “Sin pedir perdón” responde de manera integral y coherente a dicho objetivo a lo largo de sus 14 sesiones que integran la ACT y la DBT, abordando los mecanismos psicológicos y sociales que sostienen el estigma corporal y el malestar relacional e individual. Cada uno de los objetivos específicos se materializa y toma forma en las actividades prácticas que componen el programa.

El primero de ellos, reducir la internalización del ideal estético y del estigma de peso, se trabaja en las sesiones iniciales (sesiones 1, 2 y 3) mediante psicoeducación crítica sobre la violencia estética y la gordofobia, junto con dinámicas de externalización. Estas actividades

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

permiten desplazar el foco del cuerpo como “fallo” hacia una comprensión estructural del malestar, donde esa percepción se debe a la consecuencia de un sistema rígido y violento con la diversidad corporal. Este enfoque se encuentra en línea con lo señalado por Rollero (2022) y Bastida y Peña (2024) quienes destacan que la internalización del estigma impacta negativamente en la satisfacción corporal y en la formación de vínculos íntimos.

En relación al segundo objetivo, validar y comprender las experiencias interseccionales de opresión, este se desarrolla de forma específica en la cuarta sesión del programa, la cual permite reconocer cómo la gordofobia se entrelaza con otras opresiones como racismo, capacitismo, clasismo, etc. (Strings, 2019), generando experiencias compartidas de exclusión y marginalidad. Desde el enfoque de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989) el sufrimiento se sitúa no como algo aislado, sino como el resultado de múltiples formas de violencia simbólica y social, facilitando la reducción de la culpa individual y promoviendo la autocompasión. Esto resulta coherente con los planteamientos de Sánchez Carracedo (2022), quien señala que el malestar corporal se intensifica al considerar las experiencias de estigmatización como fallos personales convirtiéndolos en rasgos propios, en vez de en respuestas al contexto normativo. En este sentido, la validación grupal puede actuar como factor protector (Yalom y Leszcz, 2020) frente a un sistema que aísla y divide.

El tercer objetivo, desarrollar habilidades psicológicas concretas, se aborda a lo largo de todo el programa (principalmente en las sesiones 3, 6, 7, 8 y 9) mediante técnicas propias de la ACT y la DBT. Cada sesión aporta una serie de herramientas practicables (tales como defusión cognitiva, regulación emocional, límites, etc.) las cuales permiten reducir la rumiación, autocrítica y evitación experiencial, favoreciendo la capacidad de las participantes para permanecer presentes ante el malestar. La exposición constante a determinados cuerpos acaba generando patrones de recompensa, de forma que cuerpos que “no fallan”, “no

estorban” y “no ocupan” generan enganche, por repetición mediática (Dominguez, 2021). Los estudios respaldan cómo estas terapias contextuales aumentan la flexibilidad cognitiva y reducen la fusión con pensamientos negativos, permitiendo cuestionar lo aprendido, y que así se reduzca su impacto emocional (Linehan, 1993; Hayes et al., 1999; Neacsiu et al., 2014; Rady et al., 2021; Fogelkvist et al., 2022).

El cuarto objetivo, fomentar vínculos sexoafectivos satisfactorios, se trabaja mediante sesiones centradas en consentimiento, límites, asertividad y presencia corporal (sesiones 10, 11 y 12). A través de actividades experienciales, como role-play o el “laboratorio de límites” (sesión 12), se busca revertir los efectos documentados por Côte y Begin (2020), Blodorn, et al. (2017), Wellman et al. (2022) y Bastida y Peña (2024), quienes señalan que en mujeres gordas la vigilancia corporal, las expectativas de rechazo y el estigma internalizado se asocian a menor satisfacción sexual y relacional y, mayor aislamiento social.

El quinto objetivo, promover la agencia personal y sostenibilidad de los cambios (sesiones 8, 13 y 14), culmina con la elaboración de un plan de mantenimiento individualizado (“Botiquín de Primeros Auxilios”, sesión 14). Dicho plan permite reforzar la identidad de las participantes como agentes activas de su bienestar favoreciendo la generalización más allá del contexto de grupo, lo cual responde al compromiso de la ACT de dotar de recursos a las personas para construir una vida valiosa (Hayes, 1999).

Finalmente, el objetivo de evaluación, centrado en analizar la eficacia del programa, se aborda a través de la estructura cíclica del PDCA (Deming, 1982), el cual permite planificar, implementar, evaluar y ajustar el programa de manera sistemática favoreciendo una evaluación continua. Este enfoque resulta especialmente adecuado para esta intervención, puesto que al estar en fase inicial se busca identificar tendencias de cambio y áreas de mejora para futuras implementaciones.

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

La intervención propuesta adquiere especial relevancia en el contexto sociocultural actual, donde la urgencia de este programa se hace evidente ante la realidad social. La violencia estética se recicla y se intensifica bajo nuevas formas. Como vimos la mercantilización y medicalización de los cuerpos está en auge y una de las nuevas formas es el popularizado Ozempic (Semaglutida), usado con fines médicos y estéticos pese a la existencia de riesgos como la Neuropatía Óptica Isquémica Anterior No Arterítica (NOIANA), aunque infrecuente posible en 1 de cada 10.000 (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], 2025); y problemas muscoesqueléticos y del tejido conectivo (Kundi y Abboud, 2025). En este panorama se disparan discursos culpabilizadores donde se cuestiona a las mujeres tanto por no adelgazar (Hernández, 2025), por hacerlo o por hacerlo “por las vías incorrectas y con trampas” usando Ozempic como ayuda (Palomino, 2024).

Esa doble moral y narrativas contradictorias coexisten en los medios de comunicación y las redes donde muchas veces se alaban los cambios estéticos de figuras poderosas como las Kardashian situando a la familia como creadoras de tendencias con gran poder de influencia mediática (RTVE, 2024). Por otro lado, los medios se llenan de mensajes de odio cuando algunas actrices muestran cambios corporales y son inmediatamente acusadas de recurrir a procedimientos estéticos, el caso más reciente es el de Millie Bobby Brown, actriz a la cual se le recriminaron “retoques estéticos” y cómo estos habían afectado a su trabajo y actuación en la última temporada de su serie “*Stranger Things*” (Díaz, 2025); o la continua crítica que está recibiendo la actriz Emma Stone por sus recientes cambios estéticos (Hernández, 2025). Este escrutinio público rara vez se aplica a los hombres. En aquellas celebridades que representan o representaban al colectivo gordo, en el momento en el que adelgazan se las critica por abandonar su esencia, como si su valor artístico fuera su tamaño

corporal, alguno casos son los de las cantantes Lizzo y Meghan Trainor (Palomino, 2024; Borghini, 2025)

Redes sociales como *TikTok* se han convertido en agentes potenciadores y de presión de nuevas tendencias corporales, manteniendo y promoviendo los discursos de violencia estética entre la población más joven. Este es el caso del trend viral de “complexión media” donde muchas jóvenes expusieron su cuerpo en redes etiquetándolo como complexión media, incluso cuando eran muy delgadas, esto generó inseguridades en varias usuarias más vulnerables a estos discursos (Redacción digital Noticias Cuatro, 2025).

En este clima, hechos como la denuncia del XVII Congreso Español de Sexología y XI Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología por promover la cultura y hegemonía de la delgadez sobre la salud de las personas (Piñeyro, 2025) evidencian cómo la gordofobia se ejerce incluso en el ámbito científico y divulgativo, es decir, en espacios donde sería necesario el debate para cuestionar la norma desde la evidencia. Estos casos subrayan la importancia y urgencia de un cambio político-social, proponiendo intervenciones, como la aquí mencionada, que trasciendan al ámbito clínico y adquieran un papel pedagógico frente a los discursos hegemónicos.

Entre las fortalezas de la propuesta destaca su innovación teórico-práctica, al integrar por primera vez de forma estructurada la ACT y la DBT para abordar específicamente el impacto de la gordofobia y la violencia estética en las relaciones sexoafectivas. Asimismo, incorpora una aproximación interseccional a nivel conceptual y psicoeducativo, reconociendo cómo la experiencia de la opresión puede verse modulada por variables como el género, raza o clase social entre otras, sin pretender una intervención clínica específica para la intersección, lo que permite contextualizar el malestar corporal desde una mirada no individualizante. El programa es altamente replicable gracias a su detallada manualización, lo

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

que facilita su implementación en distintos contextos. Además, el uso de materiales sencillos y de espacios accesibles lo convierte en una intervención potencialmente de bajo coste. Por último, el formato grupal favorece la validación, la cohesión y la despatologización del malestar (Yalom y Leszcz, 2020).

No obstante, se identifican varias limitaciones. La muestra específica (mujeres de 18 a 26 años en Galicia) limita la generalización de los resultados a otras edades y contextos geográficos. El tipo de diseño cuasiexperimental sin grupo control limita la capacidad para establecer relaciones causales firmes. Además, el seguimiento a tres meses, es valioso pero limitado, puesto que es insuficiente para evaluar la sostenibilidad de los cambios a largo plazo. Asimismo, al centrarse únicamente en las mujeres que experimentan la opresión, no se interviene sobre el entorno relacional (como las parejas), lo que impide abordar directamente las dinámicas de violencia estética o gordofobia que puedan darse en el vínculo. Finalmente, la limitación más profunda es estructural, puesto que la violencia estética opera como un mecanismo de control social (Wolf, 1991), por lo que ninguna intervención aislada tiene el poder de transformar estructuras sociales arraigadas como la economía de la belleza, la mercantilización del cuerpo o la medicalización de la gordura sustentada en indicadores arcaicos como el IMC (Cottais et al., 2021).

Para superar estas limitaciones, las futuras investigaciones deberían ampliar la muestra, incluyendo mujeres mayores de 26 años y procedentes de diversos contextos socioeconómicos y culturales. Sería pertinente incorporar un grupo control y aumentar los periodos de seguimiento (6, 12 y 18 meses) con el fin de establecer de forma más sólida la eficacia de la intervención. Además, se propone explorar intervenciones multinivel, integrando el trabajo familiar, comunitario y la incidencia política. Por último, para aumentar tanto el alcance como la adecuación del programa a poblaciones diversas, especialmente en

zonas rurales, en personas con movilidad reducida o pertenecientes a colectivos afectados por múltiples ejes de opresión, se podrían desarrollar adaptaciones tecnológicas y metodológicas que permitan integrar la intervención desde una perspectiva interseccional, como plataformas web o aplicaciones que faciliten el acceso, la flexibilidad y la adaptación a realidades vitales.

En definitiva, este trabajo nace de la esperanza y la convicción de que, aunque la batalla es desigual, no es inútil. Luchamos contra un monstruo, contra el sistema, contra las narrativas interiorizadas y contra nosotras mismas. Como señala Yatche (2023) todas caemos en las trampas de la violencia estética, porque sus mecanismos son sutiles y omnipresentes.

La pregunta latente es: ¿hay posibilidad de cambio? Honestamente, no lo sabemos con certeza. Los pilares del Estado, la cultura, la economía y el auge de los discursos de ultraderecha ensanchan el muro. Sin embargo, la existencia de voces disidentes (activistas, artistas, académicas,...) abre un atisbo de la esperanza sobre la que se construye este trabajo, potenciar esas voces es fundamental para el cambio. La historia nos ha enseñado que “divide y vencerás” ha sido siempre la estrategia de los sistemas opresores, por ello permanecer unidas en ese desafío es una necesidad estratégica. Cada mujer que deja de pedir perdón por ocupar un espacio, cada vínculo que se construye, cada intervención, es una grieta en el muro de la norma.

El programa “Sin pedir perdón” no resolverá por sí solo ni la violencia estética ni la gordofobia, pero ofrecerá a las mujeres jóvenes un espacio para respirar, cuestionar y reconectar. En un mundo que silencia y aísla aprender a ocupar espacios sin disculparse por ello es, en sí mismo, un acto revolucionario de esperanza.

## Referencias

- Alexander K. E. (2017). Attachment anxiety is associated with a fear of becoming fat, which is mediated by binge eating. *PeerJ*, 5, e3034. <https://doi.org/10.7717/peerj.3034>
- Alvarez Niñas, A.D. (2024). Cuerpos disidentes: análisis interseccional de la opresión y las estrategias de resistencia en las propuestas de Butler, McRuer y Segato. *Sílex*, 14(1), 57-78. <https://doi.org/10.53870/silex.2024141365>
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14(1), 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- Afshari, P., Houshyar, Z., Javadifar, N., Pourmotahari, F., & Jorfi, M. (2016). The relationship between body image and sexual function in middle-aged women. *Electronic physician*, 8(11), 3302. <http://dx.doi.org/10.19082/3302>
- Agarwal, A., Zheng, J., Kamath, S., Balasubramanian, S., & Dey, S. A. (2015). Key female characters in film have more to talk about besides men: Automating the bechdel test. *In Proceedings of the 2015 Conference of the North American Chapter of the Association for Computational Linguistics: Human Language Technologies* (830-840). Recuperado de: <https://aclanthology.org/N15-1084.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (9 de junio 2025). *La AEMPS informa de una reacción adversa muy infrecuente en pacientes tratados con semaglutida*. Recuperado de: <https://bit.ly/4bmiAxG>

- Bastida Aguilar, L., & Peña Sánchez, E. Y. (2024) Obesidad y sexualidad. Una aproximación desde la antropología en salud. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(14), 121-141. Recuperado de: <https://bit.ly/49MJyxj>
- Bechdel, A. (1985). *Dykes to Watch Out For*. Firebrand Book
- Bell, L. y Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios*. Alianza editorial.
- Berger, J. (1972). *Ways of Seeing*. Penguin Books. Recuperado de: <https://11nq.com/yLIQC>
- Berkeley, G. (1710). *A treatise concerning the principles of human knowledge*. JB Lippincott & Company. Recuperado de: <https://bit.ly/4qI0KtP>
- Bernal Solano, L. M. (2024). Gordofobia y gordafobia como expresión de violencia de género. *Revista Kavilando*, 16(2), 325-336. Recuperado de: <https://bit.ly/3Mewwzw>
- Bordo, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de estudios de género. La ventana*, (14), 7-81. Recuperado de: <https://bit.ly/3Z30c5F>
- Borghini, N. (20 de noviembre de 2025). Meghan Trainor rompe su silencio ante las críticas por su pérdida de peso: "Si quería levantar a mis hijos de la cuna...". *Cadena 100*. Recuperado de: <https://bit.ly/3Z2KBDb>
- Blodorn, A., Major, B., Hunger, J., & Miller, C. (2016). Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. *Journal of experimental social psychology*, 63, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.12.003>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment theory and close relationships*, 46(1), 70-100.

Brochu, P. M., Georgia, E. J., Jubran, M., Robbins, M., West, K., Crocker, J., Schmidt, A. M., Rinaldi, K., Joseph, E., & Roddy, M. K. (2025). Associations between weight stigma and mental well-being among people in romantic relationships: an actor-partner interdependence model investigation. *Frontiers in psychiatry*, *16*, 1576406.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1576406>

Carballo Ervella, D. (17 de enero de 2025). Salud mental en Galicia: Hasta un año de espera para una primera consulta con el psicólogo del SERGAS. *GaliciaPress*.  
Recuperado de: <https://bit.ly/4qQNZ0a>

Caínzos, I., y Becerra, F. (21 de mayo de 2025). La demanda de atención en salud mental se dispara un 30% desde la pandemia. *Cadena SER*. Recuperado de:  
<https://bit.ly/3LEmJTm>

Cárdenas, M. T. F., & Loving, R. D. (2011). Adaptación del cuestionario de sensibilidad al rechazo de la intimidad emocional para adultos jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *1*(31), 115-131. Recuperado de: <https://bit.ly/4a4QuVx>

Cheng, S., Kaminga, A. C., Liu, Q., Wu, F., Wang, Z., Wang, X., & Liu, X. (2022). Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools: An updated meta-analysis. *Child abuse & neglect*, *134*, 105833. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105833>

Claudat, K., & Warren, C. S. (2014). Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. *Body image*, *11*(4), 509–515. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.006>

- Conte, M. T. (2018). More fats, more femmes: A critical examination of fatphobia and femmephobia on Grindr. *Feral Feminisms*, 7(4), 25-32. Recuperado de: <https://bit.ly/4qNa1AN>
- Côté, M., & Bégin, C. (2020). Review of the experience of weight-based stigmatization in romantic relationships. *Current Obesity Reports*, 9(3), 280-287. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00383-0>
- Cottais, C., Pavard, J., y Sanchez, M. (2021). *La gordofobia, una discriminación omnipresente y socialmente aceptada*. GROW - Generation for Rights Over the World. Recuperado de: <https://bit.ly/4qaxCKt>
- Crenshaw, K. (1997). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In *Feminist legal theories*, 23-51. Routledge.
- Crompvoets, P. I., Nieboer, A. P., van Rossum, E. F. C., & Cramm, J. M. (2024). Perceived weight stigma in healthcare settings among adults living with obesity: A cross-sectional investigation of the relationship with patient characteristics and person-centred care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), e13954. <https://doi.org/10.1111/hex.13954>
- Davies, A. E., Burnette, C. B., Ravyts, S. G., & Mazzeo, S. E. (2022). A randomized control trial of Expand Your Horizon: An intervention for women with weight bias internalization. *Body image*, 40, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.12.006>

Deming, W.E. (1982) *Quality, Productivity and Competitive Position*. MIT Press, Cambridge.

DeVille, Danielle C.; Ellmo, Frances I.; Horton, Wesley A.; Erchull, Mindy J. . (2015). The Role of Romantic Attachment in Women’s Experiences of Body Surveillance and Body Shame. *Gender Issues*, 32(2), 111–120.

<http://dx.doi.org/10.1007/s12147-015-9136-3>

de la Rubia, J. M. (2008). Validación de la Escala de Valoración de la Relación en una muestra mexicana. *REMA*, 13(1), 1-12. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2585639>

Díaz Herreros, R (29 de diciembre de 2025). Es oficial: lo más comentado de la temporada 5 de “Stranger Things” es la actuación de Millie Bobby Brown: “Demasiado bótox”.

*Vandal Random*. Recuperado de: <https://bit.ly/49ObUHB>

Domínguez, Y. (2021). *Maldito estereotipo I*. Ediciones B

Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). *Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01622-000>

Dueweke, A. R., Higuera, D. E., Zielinski, M. J., Karlsson, M. E., & Bridges, A. J. (2022). Does Group Size Matter? Group Size and Symptom Reduction Among Incarcerated Women Receiving Psychotherapy Following Sexual Violence Victimization. *International journal of group psychotherapy*, 72(1), 1–33.

<https://doi.org/10.1080/00207284.2021.2015601>

Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief Therapy*, 3(1), 3-12. Recuperado de:

<https://goo.su/D0hKszU>

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity, 16*(S2), S80-S86.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Flint, S. W., Čadek, M., Codreanu, S. C., Ivić, V., Zomer, C., & Gomoiu, A. (2016). Obesity discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!”. *Frontiers in psychology, 7*, 647. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00647>
- Fogelkvist, M., Aila Gustafsson, S., Kjellin, L., & Parling, T. (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of eating disorders, 10*(1), 90.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>
- Garcia-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research, 59*(2), 51–55.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005>
- Gill, R. (2021). *Changing the perfect picture: smartphones, social media and appearance pressures*. City, University of London. Recuperado de: <https://bit.ly/4qNRoN2>
- Gimeno, A. (2021). *Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia*. Editorial Pirámide.
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia (Routine outcome monitoring and feedback in psychotherapy). *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 39*(3), 161-170.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine 1979;9:139-45.*

- Gordon, A. (2020). *What we don't talk about when we talk about fat*. Beacon Press.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. y Forman, E.M. (2002). El efecto dosis-respuesta de la psicoterapia y sus implicaciones para los servicios de tratamiento. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 9 (3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Harris, D. L., & Carr, A. T. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British journal of plastic surgery*, 54(3), 223–226. <https://doi.org/10.1054/bjps.2001.3550>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heinberg, Leslie J., J. Kevin Thompson, and Susan Stormer. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 81-89. <https://goo.su/UkJYdBi>
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93–98. <https://doi.org/10.2307/352430>
- Hernández Tellez, L. (22 de junio de 2025). Polémica con Ozempic: un anuncio de Novo Nordisk contra la obesidad podría incumplir la normativa publicitaria. *Infobae*. Recuperado de: <https://bit.ly/4bmgrCb>
- Hernández, L. (30 de septiembre de 2025). Emma Stone reaparece y divide a los fans con polémica foto: recibe críticas por supuestos procedimientos estéticos. *Sensacine México*. Recuperado de: <https://www.sensacine.com.mx/noticias/noticia-1000167469/>

- Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 837-856. <https://doi.org/10.1002/cpp.2695>
- Iraurgi Castillo, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de salud mental*, 8(36), 105-122.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jáuregui Lobera, I., & Bolaños Ríos, P. (2011). Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 411–420. [https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n1.37](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.37)
- Keating, L., Tasca, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating behaviors*, 14(3), 366–373. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>
- Kestenbaum, R. (2023). The beauty business keeps growing but it's missing a huge opportunity. *Forbes*. Recuperado de: <https://bit.ly/3NNwVJN>
- Kundi, G. M., & Abboud Sabriya. (2025). The Dual Faces of Semaglutide: A Comparative Analysis of Ozempic Side Effect Profiles in Western Populations and Saudi Arabia. *Open Access Organization and Management Review*, 4(1), 24–35. [https://doi.org/10.59644/oagmr.4\(1\).212](https://doi.org/10.59644/oagmr.4(1).212)

Laboe, A. A., Sheil, E., Jennings, E. L., Steinhoff, M. F., Goldberg, J., Sagat, K., Gavuji, M., & Schaumberg, K. E. (2025). Developing a digital intervention to combat fatphobia and anti-fat bias. *Frontiers in psychiatry*, *16*, 1569841.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1569841>

Lear, M. K., & Luoma, J. B. (2025). A Case Study on Transforming Shame: The Role of Acceptance and Commitment Therapy in Fostering Psychological Flexibility and Self-Compassion. *Journal of clinical psychology*, *81*(9), 878–887.

<https://doi.org/10.1002/jclp.23810>

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

Llorente E, Gleaves DH, Warren CS, Pérez-de-Eulate L, Rakhkovskaya L. (2015).

Translation and validation of a spanish version of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire-4 (SATAQ-4). *The international journal of eating disorders*, *48*(2),170–5..<https://doi.org/10.1002/eat.22263>

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, *16*(1), 135–140. <https://doi.org/10.1017/s0033291700002579>

Martínez Lirola, M. (2021). Chapter 9. A visual critical discourse analysis of women representation in Dolce & Gabbana advertising. In *Discourse Studies in Public Communication* (199-218). John Benjamins Publishing Company.

<https://doi.org/10.1075/dapsac.92.09mar>

- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Moggia, D. , Niño-Robles, N., Miller, SD, & Feixas, G. (2018). Psychometric Properties of Outcome Rating Scale (ORS) in en Spanish Clinical Sample . *The Spanish Journal of Psychology* , 21 , Artículo e30. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.32>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319(7223), 1467-1468.
- Mukhopadhyay S. (2021). Do employers discriminate against obese employees? Evidence from individuals who are simultaneously self-employed and working for an employer. *Economics and human biology*, 42, 101017.  
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101017>
- Mulvey, L. (1975). Visual Pleasure and Narrative Cinema. *Screen*, 16(3) 6–18. Recuperado de: <https://goo.su/SNttOzD>
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 40–51.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Neacsiu, A. D., Rompogren, J., Eberle, J. W., & McMahon, K. (2018). Changes in Problematic Anger, Shame, and Disgust in Anxious and Depressed Adults Undergoing Treatment for Emotion Dysregulation. *Behavior therapy*, 49(3), 344–359.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.004>
- Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Fat talk. *Many mirrors: Body image and social relations*, 109, 132.

- Olivares Rodríguez, J., Macià Antón, D., Rosa Alcázar, A. I., & Olivares-Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica*. Ediciones Larousse, SA de CV (MX).
- Palomino, E. (22 de septiembre de 2024). Lizzo defendió su pérdida de peso ante los rumores de haber usado Ozempic. *Infobae*. Recuperado de: <https://bit.ly/49LPQxc>
- Pineda, E. (2020). *Bellas para morir: estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Prometeo Libros.
- Piñeyro, M. (2016). *Stop Gordofobia y las panzas subversas*. Zambra
- Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.
- Piñeyro, M. (2020). *Guía básica sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia*. Instituto Canario de Igualdad. Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-gordofobia.pdf>
- Piñeyro, M. [@gordoridades\_]. (20 de noviembre de 2025). *Denuncia al XVII Congreso Español de Sexología. Cerrado por gordofobia*. [Fotografía]. Instagram. Recuperado de: <https://goo.su/j2VgJ>
- Pitil, P. P., & Ghazali, S. R. (2024). Acceptance and Commitment Therapy and Weight-Related Difficulties in Overweight and Obese Adults: A Systematic Review. *Psychological reports*, 127(6), 2873–2897. <https://doi.org/10.1177/00332941221149172>
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Harper & Row.
- Potts, S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behavior modification*, 46(1), 178–201. <https://doi.org/10.1177/0145445520975112>

Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PloS one*, *16*(6).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>

Quinn-Nilas, C., Benson, L., Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., & Goncalves, M. (2016).

The relationship between body image and domains of sexual functioning among heterosexual, emerging adult women. *Sexual medicine*, *4*(3),

e182-e189. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.02.004>

Quirós, G. (2019). Gordofobia: efectos psicosociales de la violencia simbólica y de género sobre los cuerpos. Una visión crítica en la Universidad Nacional, Heredia. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Costa Rica]. Recuperado de:

<https://goo.su/GsLjR>

Rady, A., Molokhia, T., Elkholy, N., & Abdelkarim, A. (2021). The Effect of Dialectical Behavioral Therapy on Emotion Dysregulation in Couples. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, *17*, 121–127.

<https://doi.org/10.2174/1745017902117010121>

Redacción digital Noticias Cuatro, (6 de marzo de 2025). “Ni flaca, ni gorda, complexión media”: la nueva amenaza para la salud de los más jóvenes en TikTok. *Noticias Cuatro*. Recuperado de: <https://bit.ly/49XTFhC>

Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade González, N., & Alberto Fernández Liria. (2018). Adaptación española de la Outcome Rating Scale (ORS) y de la Session Rating Scale (SRS). Primeros resultados. *XVIII*

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

*Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR).*

<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30234.29120>

Romano, K. A., Heron, K. E., Sandoval, C. M., Howard, L. M., MacIntyre, R. I., & Mason, T. B. (2022). A meta-analysis of associations between weight bias internalization and conceptually-related correlates: A step towards improving construct validity. *Clinical psychology review*, 92, 102127. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102127>

Romo L, Earl S, Mueller KA, & Obiol M. (2024). A Qualitative Model of Weight Cycling. *Qualitative Health Research*, 34(8-9);798-814.

<https://doi.org/10.1177/10497323231221666>

Rollero C. (2022). Mass Media Beauty Standards, Body Surveillance, and Relationship Satisfaction within Romantic Couples. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 3833. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073833>

RTVE (30 de abril de 2024). El poder de influencia de las Kardashians va desde la estética hasta la política. *RTVE.es*. Recuperado de: <https://goo.su/rDeIx>

Sánchez-Carracedo, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 69(10), 868-877.

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>

Sanchez, D. T., & Kiefer, A. K. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of sexual behavior*, 36(6), 808-820. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9205-0>

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Sarrías Gómez, S., & Baile, J. I. (2015). Propiedades psicométricas de una adaptación española de la escala de Interiorización de prejuicios sobre la obesidad (WBIS). *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1510-1515. Recuperado de: <https://bit.ly/4a7UxAt>
- Schmidt, A. M., Jubran, M., Salivar, E. G., & Brochu, P. M. (2023). Couples losing kinship: A systematic review of weight stigma in romantic relationships. *Journal of Social Issues*, 79(1), 196–231. <https://doi.org/10.1111/josi.12542>
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2011). Media exposure, body dissatisfaction, and disordered eating in middle-aged women: A test of the sociocultural model of disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 35(4), 617-627. <https://doi.org/10.1177/0361684311420249>
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. (2022). *Informe SECPRE-IMOP 2022: La realidad de la cirugía estética en España*. Recuperado de: <https://goo.su/deNSrG>
- Sociedad Española de Medicina Estética (22 de febrero de 2023). El 50% de la población española se ha realizado un tratamiento de medicina estética. *SEME*. Recuperado de: <https://goo.su/RVdfNU>
- Strings, S. (2019). *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*. NYU Press.
- Strubel, J., & Petrie, T. A. (2017). Love me Tinder: Body image and psychosocial functioning among men and women. *Body image*, 21, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.006>
- Suárez, A. (2024). Historia de la violencia estética y los estereotipos de belleza en Occidente. *Enlace Jurídico*, (1), 258-282. Recuperado de: <https://bit.ly/49QC6RW>

- Swami, V., García, A. A., & Barron, D. (2017). Factor structure and psychometric properties of a Spanish translation of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2). *Body image*, 22, 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.05.002>
- Tomé Martínez de Rituerto, M. A., Gastañaduy Tilve, M. J., González Lado, I., Lord Rodríguez, M. T., Lorenzo Solar, M., Martínez Calvo, M. C., Peinó García, R., Pérez Cancio, O., Pérez Hornero, J., & Rodríguez Iglesias, M. J. (2002). *Protocolos operativos de la Unidad de Desórdenes Alimentarios (UDAL)*. Hospital de Conxo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). Recuperado de: <https://goo.su/qtXiXK>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Uribe Gómez, M., Chavarriaga Pérez, V., & Gañán Moreno, A. (2024). Exploración de las experiencias y relaciones entre el trastorno de conducta alimenticia y la gordofobia desde la perspectiva de un grupo de adultos-jóvenes en Medellín (Colombia). *Psicoespacios*, 18(32), 1-19. <https://doi.org/10.25057/21452776.1546>
- Valarezo-Bravo, O. F., Guzmán-González, M., Elizalde-Socola, J., & Pérez-Rodríguez, J. (2025). Evaluación del apego adulto: Evidencia de validez y confiabilidad del Cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR-12) en adultos emergentes ecuatorianos. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 20. <https://doi.org/10.4067/s0718-50652025000100205>
- Wellman, J. D., Araiza, A. M., Nguyen, T. C., Beam, A. J., & Pal, S. (2022). Identifying as fat: Examining weight discrimination and the rejection-identification model. *Body image*, 41, 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.02.008>

Wolf, N. (1991). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. Chatto & Windus.

Xunta de Galicia (13 de agosto de 2022). *El programa Quérote + de la Xunta impartió formación sobre relaciones afectivas, imagen corporal o redes sociales a más de 10.000 jóvenes en institutos de Galicia*. Recuperado de: <https://goo.su/3tjzrA>

Yacht, C. (2023). *Consumidas: violencia estética y mercado de inseguridades*. Galerna

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

## Apéndice A

### Entrevista semiestructurada inicial

Nombre:

Fecha: dd/mm/aa

Entrevistador/-a:

Instrucciones: Esta entrevista busca confirmar los criterios de inclusión/exclusión y valorar la idoneidad para el proceso grupal. Tiene como objetivo comprobar si este programa es adecuado para la participante en este momento. No es una evaluación clínica, ni un juicio, y toda la información será confidencial. En caso de no ser adecuado el programa se orientará a otros recursos.

#### **Bloque 1: Datos sociodemográficos.**

1. ¿Cómo te identificas en cuanto a género? ¿Te sientes dentro del espectro femenino?
2. ¿Qué edad tienes actualmente?

#### **Bloque 2: Autoidentificación corporal.**

1. ¿Cómo te sientes con respecto a tu cuerpo en comparación con lo que suele verse como lo “normal” en redes sociales y a tu alrededor?
2. ¿Te consideras una persona con un cuerpo “no normativo”, es decir que no encaja con esos modelos habituales?
3. ¿Hay momentos o situaciones en los que esa sensación se hace más presente (por ejemplo: al vestirte, en la playa, en citas,...)?

#### **Bloque 3: Malestar en vínculos sexoafectivos.**

1. ¿Dirías que cómo te sientes con tu cuerpo influye en tus relaciones afectivas y/o sexuales?
2. ¿Cuándo lo notas más (por ejemplo: al conocer a alguien, al desnudarte,...)?

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

3. ¿Sientes que esto te genera malestar, te limita o te hace evitar ciertas situaciones?

#### **Bloque 4: Detección de TCA activo en combinación con el SCOFF.**

1. ¿Cómo es ahora mismo tu relación con la comida en tu día a día?
2. ¿Sientes que la comida o el peso ocupan mucho espacio mental últimamente?
3. ¿Alguna vez has recibido ayuda profesional por dificultades relacionadas con la alimentación o el cuerpo?

#### **Bloque 5: Malestar psicológico clínico en combinación con el GHQ-28.**

1. ¿Cómo describirías tu estado emocional general? En el caso de que te cueste describirlo puntúalo del 0 (muy malo) al 10 (muy bueno).
2. ¿Hay algo ahora mismo que te esté resultando especialmente difícil o que sientas que te desborda?

#### **Bloque 6: Participación en otros procesos terapéuticos.**

1. ¿Te encuentras actualmente en algún proceso terapéutico?
2. De ser así, ¿sobre qué temas estás trabajando principalmente?
3. ¿Cómo sería para ti participar en este programa a la vez que en ese otro proceso?

#### **Bloque 7: Evaluación de la adecuación al formato grupal.**

1. ¿Cómo te sientes participando en espacios grupales?
2. ¿Qué te resulta más fácil y más difícil en grupo?
3. ¿Qué necesitarías para sentirte más segura compartiendo cosas con otras personas?

#### **Bloque 8: Cierre y devolución**

Breve devolución sobre la idoneidad para el programa con una explicación clara del siguiente paso tanto si hay inclusión, como exclusión o derivación.

## Apéndice B

### **Checklist de monitoreo de las variables contaminadoras**

Nº de la sesión:

Fecha: dd/mm/aa

Facilitadoras: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Instrucciones: Las facilitadoras deberán marcar aquellos ítems que hayan sido observados o verbalizados durante la sesión, evitando inferencias no fundamentadas. Este registro se realizará en cada sesión.

#### **1. Eventos vitales significativos:**

- Ruptura o conflicto con algún vínculo significativo (ej: pareja, familiar, amistades,...).
- Fallecimiento o enfermedad grave de una persona cercana.
- Conflictos familiares relevantes.
- Cambios vitales importantes (académicos, laborales, personales,...).
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- No se han detectado.

Observaciones:

#### **2. Abandono y adherencia al programa:**

- Ninguna ausencia.
- Ausencia puntual justificada.
- Abandono (especificar el motivo):
  - Motivos personales.
  - Dificultad emocional con los contenidos.

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- Problemas logísticos.
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Observaciones:

### 3. Modelado negativo o “contagio” conductual/ emocional:

- Lenguaje corporal o verbal que refuerza la gordofobia interiorizada.
- Comparaciones corporales.
- Validación y apoyo de conductas de evitación y aislamiento.
- No se ha observado modelado negativo

Observaciones:

### 4. Formación de subgrupos (“cliques”):

- No se detecta formación de subgrupos.
- Subgrupos incipientes, con preferencias por interactuar con las mismas personas.
- Subgrupos consolidados que afectan a la dinámica grupal

Observaciones:

### 5. Expectativas sobre la intervención:

- Expectativas excesivamente positivas (ej: “esto me va a arreglar”).
- Expectativas excesivamente negativas (ej: “esto no va a servir para nada”).
- Expectativas realistas y ajustadas.
- No se han verbalizado expectativas relevantes.

Observaciones:

### 6. Valoración global del impacto en la sesión:

- Impacto bajo
- Impacto moderado

Impacto alto

Comentarios finales:

## Apéndice C

### Autoinforme semanal

Nombre:

Fecha: dd/mm/aa

Instrucciones: Indica el número que mejor refleje cómo te has sentido esta semana en cada aspecto. Siendo 0 = muy negativo/nada presente y 10 = muy positivo/totalmente presente. La última pregunta (10), es de respuesta abierta:

1. ¿Cómo describirías tu estado emocional esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ¿Cómo has manejado tus emociones esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Cómo valorarías tu bienestar emocional durante esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Cómo de a gusto te has sentido con tu cuerpo esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ¿Cómo describirías tu relación con tu cuerpo esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Cómo de presente ha estado esta semana compararte con otras personas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ¿Cómo de conectada te has sentido con las personas importantes para ti?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

8. ¿Cómo valorarías el apoyo emocional que has recibido esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. ¿Cómo describirías la calidad de tus relaciones afectivas (amistades, familia, pareja,...) esta semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. ¿Hay algo que haya influido especialmente en cómo te has sentido esta semana?	

## Apéndice D

### Entrevista semiestructurada final

Nombre:

Fecha: dd/mm/aa

Entrevistador/-a:

Instrucciones: Esta entrevista busca conocer tu experiencia durante el programa y los cambios que has percibido en los distintos ámbitos de tu vida. No hay respuestas correctas o incorrectas, tan solo se valoran tus percepciones personales.

#### Bloque 1: Experiencia general del programa

1. ¿Cómo describirías tu experiencia general durante el programa?
2. ¿Qué elementos fueron los que te parecieron de mayor utilidad?
3. ¿Hubo algo que te pareciera difícil, incómodo o poco útil?
4. ¿Cómo viviste la dinámica de grupo?
5. Durante el programa, ¿te has sentido escuchada, acompañada y segura?

#### Bloque 2: Cambios en la percepción corporal y bienestar emocional

1. Desde que inició el programa, ¿has notado cambios en cómo percibes tu cuerpo?
2. Desde que inició el programa, ¿ha cambiado la forma en que te hablas, te miras o te tratas corporalmente?
3. ¿Qué impacto crees que tuvo el programa con los prejuicios interiorizados que tenías?
4. ¿Sientes que ha cambiado la forma en la que gestionas tus emociones?

#### Bloque 3: Cambios en relaciones y vínculos

1. ¿Has percibido cambios en tus relaciones afectivas, sexoafectivas o sociales desde que participas en el programa?

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

2. ¿Sientes que tu capacidad para establecer vínculos satisfactorios ha cambiado, aunque aún no te encuentres en uno?
3. ¿Ha habido alguna situación concreta en la que hayas aplicado lo aprendido durante este proceso?
4. ¿Consideras que ahora te resulta o resultaría más fácil pedir y reconocer relaciones que se ajusten a tus valores?

#### **Bloque 4: Interseccionalidad y experiencias personales**

1. Durante el programa, ¿consideras que se han abordado adecuadamente influencias de género, discriminación o diversidad en tu experiencia?
2. ¿Hubo algún momento en los que sentiste que estas dimensiones (género, orientación sexual, raza, clase social, etc) influyeron en cómo vivías tu cuerpo, tus emociones o tus relaciones?
3. ¿Sientes que tu contexto personal (género, orientación sexual, raza, clase social, etc) ha influido en cómo viviste el programa?

#### **Bloque 5: Valoración general y sugerencias**

1. ¿Qué aprendizajes te llevas del programa?
2. ¿Qué aspectos cambiarías o mejorarías?
3. ¿Recomendarías esta intervención a otras personas? ¿Por qué?

#### **Bloque 6: Satisfacción con el programa**

1. En términos generales, ¿cuánto de satisfecho del 0 al 10 te sientes con el programa?
2. ¿Te sentiste satisfecha con la forma en la que se abordaron los contenidos?
3. ¿Cómo valorarías la relación con la facilitadora?
4. ¿Dirías que la intervención respondió a tus expectativas iniciales?

## Apéndice E

### Autoinforme sobre experiencias personales de interseccionalidad

Nombre:

Fecha: dd/mm/aa

Instrucciones: Indica el número que mejor refleje cómo te has sentido esta semana en cada aspecto. Siendo 0 = nunca/nada y 10 = mucho/muy presente. La última pregunta (10), es de respuesta abierta:

1. ¿En qué medida has sentido que tu cuerpo influye en cómo te tratan los demás?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ¿Cuánto presión has sentido por cumplir con un determinado tipo de cuerpo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿En qué medida tu identidad de género ha influido en cómo te has sentido en situaciones sociales?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Has sentido esta semana que alguien te trató diferente por tu cuerpo, género, origen, clase social u orientación? (marca además las que correspondan)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. En el caso de que lo anterior haya ocurrido, ¿cuánto impacto tuvo para ti?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Hasta qué punto sientes que aspectos de tu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

<p>cuerpo, género, origen, clase social, etc. influyen en tus relaciones afectivas y/o sexuales? (indica además los aspectos que crees que influyen)</p>	
<p>7. ¿Te has sentido limitada en tus vínculos por alguno de estos aspectos?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>8. ¿En qué medida tu género, origen, clase social, etc ha influido en tu bienestar emocional?</p>	
<p>9. ¿En qué medida tu género, origen, clase social, etc ha influido en tu imagen corporal?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>10. ¿Hay algo más que te gustaría compartir sobre cómo tus experiencias influyen en tu bienestar o en tus relaciones?</p>	

## Apéndice F

### Consentimiento informado

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_ actuando en mi propio nombre manifiesto que:

He recibido de D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ y D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, psicólogas colegiadas nº CM1 \_\_\_\_\_ y nº CM2 \_\_\_\_\_, información clara, comprensible y suficiente sobre mi participación en el programa de intervención psicológica grupal “Sin pedir perdón”, cuyo objetivo es abordar el impacto de la violencia estética y la gordofobia en mujeres jóvenes, desde el enfoque de las terapias contextuales; Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Terapia Dialéctico-Conductual (DBT).

Se me ha informado adecuadamente sobre la naturaleza, objetivos, procedimientos, duración y dinámica grupal del programa, así como sobre el uso de instrumentos de evaluación psicológica en distintos momentos, con fines exclusivamente académicos y de investigación.

Asimismo, se me ha informado de que:

- Mi participación es voluntaria y puedo interrumpirla en cualquier momento, sin justificar la decisión ni que ello conlleve perjuicio alguno.
- Toda la información recogida será tratada de forma confidencial y anónima, conforme a la normativa vigente de protección de datos y del Código Deontológico de la Psicología.
- Los datos obtenidos podrán usarse con fines académicos, garantizando que no será posible mi identificación personal.

- Las profesionales responsables estarán obligadas a romper la confidencialidad únicamente en aquellos supuestos legalmente previstos, cuando exista un riesgo grave para mi o para terceras personas, o por requerimiento judicial.
- El presente consentimiento podrá ser revocado libremente y por escrito en cualquier momento, y sin expresión clara de causa.

Por tanto, AUTORIZO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar de forma libre y voluntaria en el programa “Sin pedir perdón”, así como para el uso académico y de investigación de los datos derivados de mi participación.

Declaro haber recibido una copia de este documento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Fdo: D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Fdo: D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Psicóloga colegiada CM \_\_\_\_\_

Fdo: D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Psicóloga colegiada CM \_\_\_\_\_

## Apéndice G

### Información y consentimiento para el tratamiento de datos personales

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se le facilita la siguiente información relativa al tratamiento de los datos personales en el marco del programa de intervención psicológica grupal “Sin pedir perdón”.

Responsables del tratamiento: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ nº de colegiada \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ nº de colegiada \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Finalidad del tratamiento: los datos personales facilitados serán tratados con la finalidad de gestionar la participación en el programa de intervención; realizar la evaluación psicológica necesaria para el desarrollo del programa; registrar la evolución de las participantes a lo largo de la intervención y utilizar los datos obtenidos con fines de investigación científica, siempre de forma anonimizada garantizando que no sea posible la identificación de las participantes.

Destinatarios de los datos: los datos personales no serán cedidos a terceros, salvo en los siguientes supuestos:

- Obligación legal o requerimiento judicial.
- Situaciones de riesgo grave para la participante o para terceras personas, en las que sea necesario comunicar información mínima imprescindible.

Plazos de conservación: los datos personales se conservarán durante el tiempo necesario para el desarrollo del programa y los análisis derivados de la investigación.

Derechos de las interesadas: La participante podrá ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y revocación del consentimiento. Para el ejercicio de estos derechos, podrá dirigirse por escrito a las responsables del programa mediante el correo electrónico indicado, acreditando su identidad. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

Con la firma de este documento autorizo el tratamiento de mis datos personales en los términos anteriormente descritos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Firma de la participante:

\_\_\_\_\_

Firma de las profesionales responsables:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apéndice H

### Figura 1

Foto de la campaña primavera-verano del año 2007, perteneciente a la serie de Steven Klein, *Secret Ceremony* de la marca Dolce & Gabbana.



Nota. Adaptado de El Salto [Fotografía], por Díaz Galán, 2018.

(<https://www.elsaltodiario.com/opinion/dolce-and-manada-cronica-de-una-violacion-anunciada->)

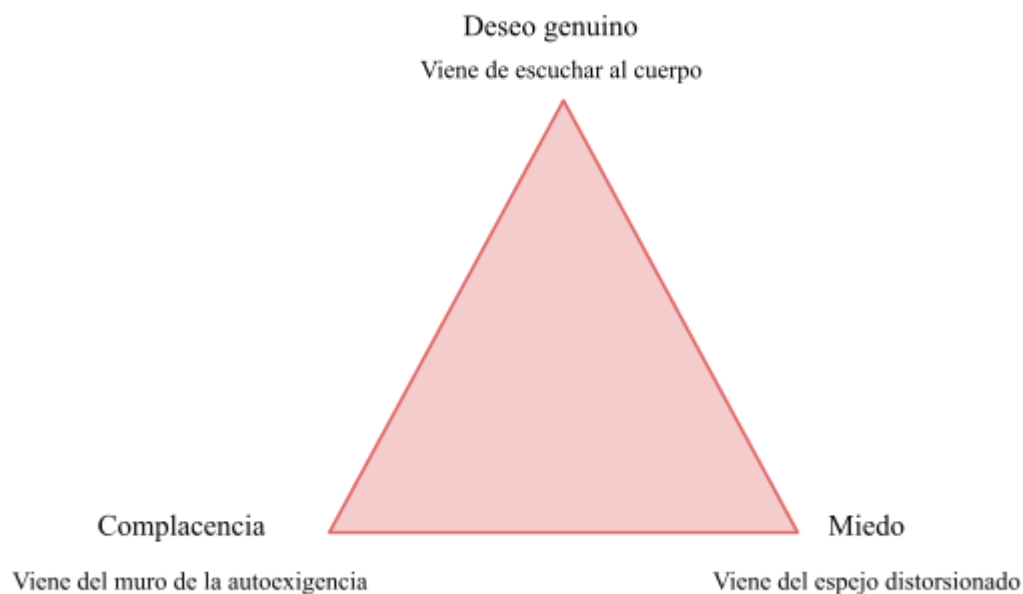
### Figura 2

Carteles de películas para analizar fragmentos de la hegemonía corporal

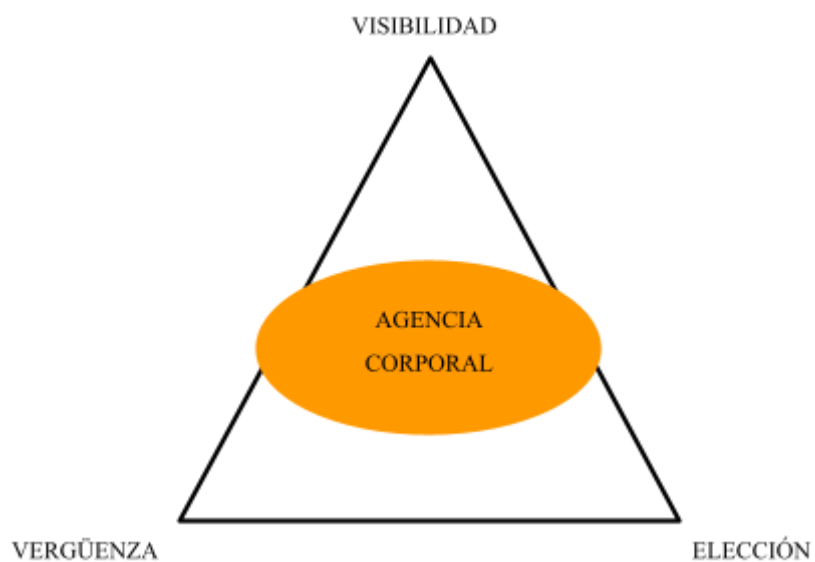


Nota. Elaboración propia



**Figura 5***Triángulo del deseo confuso*

*Nota.* Elaboración propia

**Figura 6***Vértices de la presencia social*

*Nota.* Elaboración propia

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

## Apéndice I

### Ideación y Estructuración del Contenido

- **Herramienta:** ChatGPT 4.0.
- **Funciones:**
  - Apoyo en el desarrollo de un esquema inicial para el marco teórico sobre el impacto del teletrabajo en la productividad..
- **Prompts utilizados:**
  - “Tengo las siguientes ideas para un TFM sobre violencia estética y gordofobia. Ayúdame a ordenarlas siguiendo el "efecto embudo" partiendo de lo general a lo específico. Las ideas son:
    - Hacer un contexto histórico donde aborde la evolución del ideal de belleza y el auge de la industria estética y de consumo
    - Del impacto psicosocial y emocional experimentado, a nivel gordofobia (interseccional), las consecuencias de esta cultura incluyendo en esas consecuencias la sexualidad en cuerpos no normativos
    - Hablar de violencia estética como tal, introduciendo los parámetros de la gordofobia dentro de dicha violencia y los agentes que perpetúan la violencia (perspectiva de male gaze y mujeres como objeto de consumo)
    - Quería relacionar la violencia estética y los cuerpo no normativos con la teoría del apego
    - Quería hacer un apartado breve de las distintas terapias a usar, tales

como DBT, ACT, TCC y Terapia compasiva de gilbert (aún tengo que determinar que terapia usar, así que no elijas una por mi)

- Y quiero terminar con la justificación de la propuesta y porqué es novedosa

De nuevo comentarte que tan solo quiero que me ayudes a organizar las ideas, no quiero que hagas el trabajo por mi.”

- **Enlace para Trazabilidad:**

- <https://chatgpt.com/share/686805b5-d0ec-800b-9de2-9acd5af18c73>

### Síntesis de la introducción

- **Herramienta:** ChatGPT 4.0.

- **Funciones:**

- Revisión de fragmentos del texto para sintetizar el texto final y adaptarlo al número final de palabras.

- **Prompts utilizados:**

- “resalta las partes más importantes de este texto, piensa que mi objetivo es sintetizarlo: ”
- “y cuales son las partes, que claramente podrían no estar?”

- **Enlace para Trazabilidad:**

- <https://chatgpt.com/share/68efc2de-f6e0-800b-a2d7-22f652d4ba66>

### Corrección gramatical en inglés

- **Herramienta:** ChatGPT 4.0

- **Funciones:**

- Revisión del fragmento de texto para corregir el texto final del abstract.

#### Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

- **Prompts utilizados:**

- “Revisa el inglés de este resumen: This Master’s Thesis is based on a feminist and intersectional theoretical framework that analyzes aesthetic violence and fatphobia as mechanisms of social control, materialized through the internalization of an exclusive and hegemonic beauty standard. This context deteriorates psychological well-being and restricts some women’s capacity to build healthy and secure sexual-affective bonds. To address this violence, the group intervention program “Sin pedir perdón” (“Without apologizing”) was designed, based on contextual therapies (ACT y DBT), aiming to reduce the internalization of body stigma and develop emotional and relational skills among young women aged 18 to 26, residing in Galicia. The proposal adopts a quasi-experimental design without a control group, including pretest, posttest, and three-month follow-up assessments. It integrates techniques of acceptance, cognitive defusion, emotion regulation, and interpersonal skills training over 14 active intervention sessions. Program effectiveness will be evaluated using a mixed-methods approach combining quantitative measures (psychometric instruments) and qualitative data. Explicitly addressing the structural nature of aesthetic violence and fatphobia not only promotes body acceptance and reduces stigma internalization but also supports the development of authentic, safe, and fulfilling sexual-affective bonds. This program represents an innovative response that fills a gap in research and clinical practice, while highlighting the need for complementary interventions to overcome its limitations.”

- “¿Dónde has hecho cambios? y esos cambios son pertinentes? me gustaria saber solamente si el resumen está bien escrito y tiene sentido gramático. Haz sólo las correcciones necesarias e indicamen en negrilla los cambios”
- **Enlace para Trazabilidad:**
  - <https://chatgpt.com/share/69774dd9-dcdc-800b-865b-8e2fbb6099f6>