



Dependencia emocional y autoestima desde una perspectiva conductual: estudio de caso

Máster de Psicología General Sanitaria

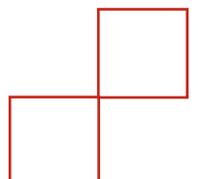
Autor/a: Layla Ishak Tello

Tutor/a clínico: Andrea Collado Díaz

Tutor/a académico: Tauana Matias Lago

Fecha de realización del trabajo: 28 de febrero del 2023

Nº palabras: 11.966



Resumen

Se expone el caso de una mujer que presenta dos áreas problema: insatisfacción en el ámbito de pareja por dependencia emocional y autoestima desajustada, especialmente influenciada por la insatisfacción corporal. La dependencia emocional y la autoestima desajustada son dos problemáticas con una prevalencia importante en la práctica clínica y, la relación bidireccional existente entre ellas, demuestra la importancia de un abordaje terapéutico integral en casos de esta índole. En el presente trabajo se evidencia la utilidad y rigurosidad de la perspectiva conductual en la intervención de este tipo de problemáticas, en donde se destaca la importancia del análisis funcional de la conducta como herramienta clave para el caso, así como la utilización de técnicas basadas en la evidencia científica para el tratamiento del mismo. De esta manera, se realiza una fase de evaluación, gracias a la cual se procede a la formulación del caso mediante el análisis funcional para, finalmente, utilizar el mismo como guía de intervención. Asimismo, se expone la realidad clínica de un caso que por circunstancias personales, tiene que interrumpir la terapia antes de su finalización. A pesar de ello, se aprecian cambios positivos y significativos en las áreas problema presentadas, siendo la interrupción de la terapia una conducta clínica relevante en el progreso terapéutico de la consultante.

Palabras clave: dependencia emocional, autoestima, insatisfacción corporal, análisis funcional de la conducta

Abstract

This case study presents the case of a woman with two problem areas: couple dissatisfaction due to emotional dependence and maladjusted self-esteem, especially influenced by body dissatisfaction. Emotional dependence and maladjusted self-esteem are two problems with significant prevalence in clinical practice and, the bidirectional relationship between both problematics, demonstrate the importance of a comprehensive work in the therapeutic approach to cases of this nature. In this study is evidenced the usefulness and rigorousness of the behavioral perspective in the intervention of this type of problematics, where the importance of the functional analysis of behavior is highlighted as a key tool for the case, as well as the use of techniques based on scientific evidence for its treatment. In this way, an evaluation phase is carried out, which leads to the case formulation using functional analysis to, finally, implement it as a guide for the intervention. Also, is presented the clinical reality of a case that due to personal circumstances, must interrupt the therapy before its finalization. Nevertheless, positive and significant changes are seen in the problem areas presented, with the interruption of the therapy being a relevant clinical behavior that demonstrates the therapeutic progress of the consultant.

Keywords: emotional dependence, self-esteem, body dissatisfaction, functional behavioral analysis

Índice

1. Marco Teórico	6
1.1. Dependencia Emocional	6
1.2. Autoestima.....	10
1.2.1. Autoestima e Imagen Corporal.....	12
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	14
3. Estrategias de Evaluación	16
4. Formulación clínica del caso	19
4.1. Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento).....	19
4.2. Análisis funcional del problema.....	20
4.3. Objetivos y plan de intervención	30
5. Tratamiento	31
6. Valoración del tratamiento.....	37
7. Discusión y Conclusiones	41
8. Referencias bibliográficas.....	45
9. Anexos	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Autorregistro de situaciones de malestar	17
Tabla 2. Objetivos y plan de intervención: inseguridad en pareja	30
Tabla 3. Objetivos y plan de intervención: autoestima desajustada	30
Tabla 4. Conductas pre y post tratamiento: inseguridad en pareja	38
Tabla 5. Conductas pre y post tratamiento: autoestima desajustada	39
Tabla A1. Sesiones de evaluación, progreso de la sesión y técnicas de evaluación empleadas	57
Tabla A2. Sesiones de tratamiento, objetivos tratados y técnicas de intervención empleadas	69

Índice de Figuras

Figura 1. Hipótesis de origen: inseguridad en pareja	21
Figura 2. Primera secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja	22
Figura 3. Segunda secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja	23
Figura 4. Tercera secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja	24
Figura 5. Cuarta secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja	25
Figura 6. Hipótesis de origen: autoestima desajustada	27
Figura 7. Primera secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada	27
Figura 8. Segunda secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada	28
Figura 9. Tercera secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada	29

1. Marco Teórico

1.1. Dependencia Emocional

Los seres humanos somos seres sociales, por lo que necesitamos y utilizamos la vinculación como medio de supervivencia y desarrollo. Sin embargo, esta necesidad de vinculación puede volverse problemática cuando el propio bienestar de la persona empieza a depender de otra. De esta manera se introduce el concepto de dependencia emocional, definido como esta necesidad llevada al extremo, en donde existe un patrón de comportamiento que busca satisfacer ciertas necesidades afectivas por medio de las relaciones interpersonales (Castelló, 2005). Dicha necesidad afectiva promueve las relaciones asimétricas, adoptando una posición de subordinación y realizando diversas conductas destinadas a evitar la ruptura y pérdida de la pareja (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013).

A pesar de ser un campo de estudio poco explorado, la dependencia emocional genera especial interés en los/as profesionales por su alta frecuencia de aparición en la práctica clínica (Bution & Wechsler, 2016). Es un concepto que se ha intentado definir en numerosas ocasiones, pudiendo encontrar definiciones en las que se establece la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad, viéndose como un patrón estable y crónico de comportamiento (Echeburúa & Del Corral, 1999); mientras otras la contemplan desde el punto de vista de un trastorno adictivo, en donde existe una adicción a la relación de pareja (Cubas et al., 2004).

Pese a esta variedad de definiciones, todas comparten unas características comunes: una alta ansiedad ante el abandono, acompañada de unas creencias y estrategias de afrontamiento caracterizadas por conductas de excesivo control hacia la persona de la que se depende (Jaller & Lemos, 2009; Urbiola, et al., 2014; Wigman, et al., 2008).

Se pueden observar diversas conductas (comprendidos como comportamientos motores, cogniciones y emociones) que realizan estas personas y forman parte de la problemática. En relación a las cogniciones, según Lemos Hoyos, et al. (2007), existen distorsiones cognitivas características que

justifican las necesidades afectivas. En estos pensamientos irracionales, principalmente, existe la presencia de “*deberías*” y “*falacias de control*”, los dos estando muy relacionados con los mitos del amor romántico¹. Los “*deberías*”, suponen unas exigencias y estándares elevados, rígidos e inflexibles de lo que esperan de otras personas o situaciones (p.ej. “Mi pareja debería priorizarme por encima de todo lo demás”); mientras que las “*falacias de control*” conllevan una asunción del rol de “salvador/a”, creyéndose responsables de lo que pasa a su alrededor y del cambio de su pareja (p.ej. “Yo soy el responsable del sufrimiento de los que me rodean”).

En el plano conductual, la búsqueda de aprobación y la evitación de la soledad son característicos de la dependencia emocional, así como los comportamientos excesivos de aferramiento y la priorización del cuidado de la pareja por encima del cuidado personal. Todo esto de la mano de una importante idealización de la pareja, necesidad de exclusividad, pérdida de identidad y una baja autoestima (Castelló, 2000; Moral & Sirvent, 2008; Schaeffer, 1998; Urbiola, et al., 2014). Además, presentan emociones muy intensas de miedo al abandono y a la evaluación negativa, ansiedad por separación y disforia ante el rechazo (Bornstein, 1992), así como celos, culpa e inestabilidad emocional (Aranda et al., s.f.; Moral & Sirvent, 2009).

También cabe mencionar la presencia de reglas verbales en las personas con dependencia emocional (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013), las cuales surgen de las contingencias a las que la persona se ha visto expuesta directamente y/o del entorno socio-verbal en el que se encuentra (Rey, 2004). Estas controlan la conducta de la persona mediante la anticipación de los antecedentes y consecuentes que puede presentar una respuesta determinada (Froxán et al., 2020), por ejemplo, “sin mi pareja no puedo vivir”, “es terrible estar solo/a” o “sin amor nunca voy a ser feliz”.

¹ El amor romántico es una construcción cultural que establece un modelo ideal y concreto de relación íntima (Blanco, 2014), el cual conlleva unos mitos románticos que tienen una influencia importante en el comportamiento de las personas en relación al amor (Sánchez-Sicilia & Cubells, 2019). Un ejemplo es el mito de la media naranja.

Se ha demostrado que la dependencia emocional puede tener una relación con otras problemáticas. Así, se ha visto que puede existir una relación con la violencia de género (Aiquipa Tello, 2015; Murphy, et al., 1994), pudiendo haber dependencia en la persona que agrede, en la víctima, o en los dos miembros de la pareja (Castelló, 2005; Moral & Sirvent, 2008). También se relaciona con depresión, ansiedad, pensamientos obsesivos, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de sueño, aislamiento social e ideación suicida (Arntz, 2005; Bornstein, 2006, 2012; Siabato & Salamanca, 2015).

Para la evaluación de la dependencia emocional es importante tener en cuenta los comportamientos mencionados anteriormente y analizar la función que dichas respuestas poco ajustadas cumplen en cada caso (Aranda et al., s.f.). Para ello, el uso de entrevistas y autorregistros resulta fundamental para la obtención de información, y los cuestionarios estandarizados son un complemento importante para la evaluación. Uno de los instrumentos de evaluación más utilizados es el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006), el cual cuenta con seis factores que describen cuestiones importantes de esta problemática (ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención).

Asimismo, Aranda et al. (s.f.) expone que, además de características propias de la problemática, podría resultar conveniente evaluar características individuales que muestran estar relacionadas con un mayor riesgo de desarrollar dependencia emocional. Entre ellas, la confianza en uno/a mismo/a, la autoestima y las habilidades asertivas de la persona.

Las conductas problema en la dependencia emocional se inician y mantienen por la interacción entre contexto, conducta y consecuencias de la misma, por lo que a la hora de intervenir, es necesario un abordaje multifactorial del problema (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013). A este respecto, cabe recalcar el uso del análisis funcional como herramienta de evaluación y guía de intervención individualizada para cualquier problema psicológico (Iwata & Worsdell, 2005), además

de utilizarlo como la base para el control de contingencias a lo largo de la terapia para el cambio de comportamiento (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013).

Teniendo esto en cuenta, un reto importante al que deben hacer frente los/as profesionales de la psicología en la aplicación clínica es el adaptarse a cada cliente y recoger toda la información óptima para el caso, para posteriormente integrarla en una formulación del caso útil para el progreso terapéutico. Así, se evidencia la necesidad de utilizar enfoques con una fundamentación científica clara, como es el caso del análisis funcional de la conducta (Kaholokula et al., 2013).

El análisis funcional de la conducta es la herramienta base en la práctica clínica psicológica, la cual analiza el comportamiento de las personas que acuden a consulta y permite dar una explicación al mantenimiento de su problemática (Zanón et al., s.f). Su importancia radica en el hecho de que cualquier conducta puede ser explicada en base a los principios del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante²) al identificar las variables que contribuyen a que se produzcan las conductas problema, siendo el camino principal para la evaluación, modificación y predicción de la conducta (Froxán et al., 2020; Skinner, 1966). De esta manera, un problema psicológico con una etiqueta determinada se traduce en un conjunto de conductas desajustadas que envuelven dicha etiqueta (como las mencionadas anteriormente en la dependencia emocional), lo que brinda a los/as profesionales de la psicología un campo de acción claro en el que intervenir y una guía idónea para hacerlo.

Algunas estrategias de intervención a la hora de abordar la dependencia emocional son el entrenamiento en habilidades, entre ellas habilidades sociales, solución de problemas, comunicación asertiva y gestión emocional (Cubas et al., 2004; Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013), así como el trabajo en autoestima y el fomento de la autonomía (Echeburúa & Del Corral, 1999). También estrategias

² Froxán et al. (2020) define el condicionamiento clásico como “la modificación de la capacidad de un estímulo (EN) para elicitarse un reflejo debido a su emparejamiento (contingente, proactivo y contiguo) con otro evento con capacidad elicitadora (EI)” (p. 38); mientras que el condicionamiento operante es definido como “la modificación de la probabilidad de emisión de una determinada respuesta ante un contexto específico (estímulo discriminativo, E^d) debido a las consecuencias que le han seguido en el pasado ante dicho contexto” (p. 38).

como la reestructuración cognitiva para hacer frente a las distorsiones cognitivas (Castelló, 2005; Cubas et al., 2004), siendo la modificación de cogniciones una herramienta clave para la posterior modificación de otras respuestas (motoras y/o emocionales) (Pardo Cebrián & Calero Elvira, 2019). Finalmente, la exposición con prevención de respuesta puede resultar de interés a la hora de buscar reducir la reactividad de ciertas señales y la realización de conductas problema (Secades & Fernández, 2001).

1.2. Autoestima

Como se mencionó anteriormente, la autoestima es un factor importante a tener en cuenta en la dependencia emocional, ya sea por la influencia de una baja autoestima como factor de riesgo de presentar dependencia emocional (Castelló, 2005) o por la influencia negativa que puede tener sobre la autoestima el encontrarse en una relación de dependencia (Knee et al., 2008).

Rosenberg et al. (1995) define la autoestima como “la actitud, sea esta positiva o negativa, del individuo hacia sí mismo en su totalidad” (p. 141). Más concretamente, es la evaluación de la medida en la que uno/a se considera capaz, exitoso/a o merecedor/a en base a la propia percepción de sus habilidades, expectativas del futuro, inteligencia y relaciones interpersonales (Rosenberg, 1965). Según Froxán et al. (2020), la autoestima es la etiqueta que se utiliza en referencia al “conjunto de verbalizaciones con las que uno/a se describe a sí mismo/a y elicitán una serie de emociones que, a su vez, discriminan o pueden discriminar una serie de respuestas operantes de las que se anticipa un reforzador” (p. 182).

Variedad de autores refieren cómo la propia historia de socialización de la persona ha demostrado ser determinante en el desarrollo de la autoestima (Cheung, et al., 2015; Coleman & Fults, 1982; Massenzana, 2017). De esta manera, la autoestima es aprendida por medio del entorno cercano, en donde la exposición a comentarios agradables y desagradables sobre uno/a mismo/a puede influir sobre el concepto y la valoración personal (Collado-Díaz et al., s.f.). Así, el origen y mantenimiento de la problemática pueden ser establecidos por los principios del aprendizaje, siempre

teniendo en cuenta la individualidad de cada caso en cuanto a relaciones de contingencias, respuestas y variables disposicionales (cultura, género, familia, historia de aprendizaje, etapa del ciclo vital, entre otras) (Collado-Díaz et al., s.f.).

La autoestima es un predictor importante de ajuste en diferentes áreas de la vida. Una baja autoestima puede influir en el deterioro de salud mental, estando relacionada con depresión, autolesiones no suicidas e intentos de suicidio, así como dificultades en el desarrollo de una buena red de apoyo (Forrester et al., 2017; Kleiman & Riskind, 2013; Marshall et al., 2014; Rieger et al., 2016; Wichstrom, 2000).

Según Collado-Díaz et al. (s.f.), la evaluación de los problemas de autoestima puede realizarse mediante entrevista o cuestionarios estandarizados, siendo la primera la forma más habitual y principal fuente de información en el proceso terapéutico. Dentro de la entrevista, resulta importante saber qué información se busca, debiendo tener en cuenta aspectos como el desarrollo histórico de los problemas de autoestima, dificultades y estado actual de la problemática, y factores de riesgo y gravedad del caso. Asimismo, en relación a los cuestionarios estandarizados, encontramos la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) o la Escala de Autoestima de Warr y Jackson (1983). Además, resulta de interés obtener información sobre la descripción que la persona hace sobre sí misma, en otras palabras, las verbalizaciones que realiza sobre su persona, por lo que el Inventario del concepto de sí mismo (McKay & Fanning, 1991) es una herramienta idónea para este cometido.

Adicionalmente, existen variedad de herramientas de intervención para los problemas de autoestima. Según McKay & Fanning (1991), el mejor punto de partida son los pensamientos del/la consultante, por lo que la reestructuración cognitiva es una de las herramientas clave para la intervención, y dentro de esta, la focalización en aspectos positivos de la persona para disminuir progresivamente la hiperfocalización en los aspectos negativos (Collado-Díaz et al., s.f.). Otras herramientas de intervención son el entrenamiento en autoinstrucciones y autorrefuerzo, pudiendo ser una guía de actuación utilizando mensajes racionales, lógicos, ajustados y realistas. También la

exposición con prevención de respuesta y la activación conductual en base a valores, así como el entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas, y la modificación de expectativas (Collado-Díaz et al., s.f.; Rodríguez Naranjo & Caño González, 2012), siendo herramientas de interés para la adquisición de habilidades, la obtención de cambios conductuales y la disminución de la reactividad emocional desajustada para el/la consultante.

1.2.1. Autoestima e Imagen Corporal

La percepción de la imagen corporal y la autoestima presentan una correlación importante, en donde una percepción negativa de la propia imagen corporal influye negativamente en la autoestima (Bratovic et al., 2015; Flament et al., 2012). Se ha de recalcar que la percepción de la imagen corporal puede estar o no relacionada con la imagen corporal objetiva en términos de peso corporal, de manera que el mero hecho de percibirse a uno/a mismo/a como con infrapeso o sobrepeso, puede impactar negativamente en la salud de la persona (Wilson et al., 2021). Haynes (2018) expone cómo la precisión de la percepción del peso puede ser menos importante que percibirse a uno/a mismo/a con un determinado peso. Así, la imagen corporal resulta de la evaluación y percepción del propio cuerpo, y las emociones derivadas de esta, teniendo una influencia en las actitudes y satisfacción que se tenga con uno/a mismo/a (Mountford & Koskina, 2015), en otras palabras, influyendo en la autoestima.

En este aspecto resulta importante hablar de los ideales de belleza y las consecuencias de no cumplir con estos, de manera que el tener una imagen corporal que no cumple con el ideal de delgadez imperante en la sociedad va asociado a ser vistos/as como poco saludables, atractivos/as y/o deseables (Haines et al., 2008), lo que puede conllevar rechazo social y burlas (Philippi & Leme, 2018), y genera preocupaciones en relación al propio cuerpo y aumento de la insatisfacción corporal (Aparicio-Martinez et al., 2019).

La insatisfacción corporal es una evaluación negativa de la propia imagen corporal (Cash & Smolak, 2011) y está asociada con diferentes problemáticas como baja autoestima, conductas de

control de peso peligrosas para la salud, depresión, ideación suicida y autolesiones (Brausch & Gutierrez, 2009; Bucchianeri & Neumark-Sztainer, 2014; Mellor et al., 2010; Neumark-Sztainer et al., 2006). En especial, la insatisfacción corporal es uno de los principales predictores de trastornos de la conducta alimentaria (Bucchianeri & Neumark-Sztainer, 2014; Neumark-Sztainer et al., 2006).

Es común que la percepción de la imagen corporal tenga una influencia en el autoconcepto y, consecuentemente, en la autoestima, pero cabe destacar que el realizar cambios en la imagen corporal no es suficiente para reparar el autoconcepto y llegar a tener una autoestima ajustada (Mischke, 2022). A pesar de no ser suficiente, la imagen corporal supone un componente sustancial de cómo nos vemos a nosotros/as mismos/as y, por esto, se ha visto que existe una relación importante e innegable entre estas dos variables, en donde la insatisfacción corporal y el tener una autoestima ajustada presentan una relación inversamente proporcional (Mellor et al., 2010; Tiggemann, 2005), siendo un factor que se ha de tener en cuenta a la hora de intervenir en problemas de autoestima.

A manera de conclusión, el presente trabajo expone un caso clínico relevante, en donde se evidencia la importancia de la dependencia emocional y la autoestima en la práctica clínica, no solo por su prevalencia, sino también por la influencia que estas problemáticas tienen en la vida de las personas. Así, a pesar de la alta frecuencia clínica de la dependencia emocional, es un campo poco estudiado, con variedad de definiciones y enfoques de intervención, lo que puede influir negativamente en el correcto abordaje de la problemática por parte de los/as profesionales, mostrando así la importancia de este trabajo. Por último, cabe mencionar la relación bidireccional entre la dependencia emocional y la autoestima que se evidencia en el presente caso clínico, ya que muestra una realidad clínica, en donde es muy habitual la presencia de varias problemáticas en un/a mismo/a consultante, las cuales se encuentran muy relacionadas e influidas entre sí.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

En el presente trabajo se comentará el caso de Teresa. Para respetar el código deontológico profesional y la Ley Orgánica Protección de Datos Personales, se utilizará un nombre ficticio para salvaguardar la identidad real de la consultante (ver Anexo 1).

Teresa es una mujer de 32 años natural y residente en Madrid. Vive sola y trabaja en un supermercado. Está separada de su exmarido desde hace año y medio, con quien mantiene una relación cordial y, actualmente, tiene una nueva pareja.

En cuanto a sus relaciones sociales, tiene una buena relación familiar y su madre es un gran apoyo para ella. Cuenta con una adecuada red de apoyo en amistades y compañeros/as de trabajo, aunque no suele acudir tanto a ellos/as (ni para divertirse y hacer planes, ni para pedir ayuda o expresar cómo se siente), ya que ve a sus parejas como su principal fuente apoyo. Además, presenta variedad de intereses y actividades de ocio, como manualidades, puzzles y bricolaje.

Teresa acude a consulta porque, tras la separación de su exmarido, ha empezado una nueva relación de pareja con J., pero se siente insegura, con ansiedad y miedo.

Estuvo casada durante cinco años con un hombre chileno. Como él no tenía a nadie en la ciudad, compartían la mayoría de contextos, pasando casi todo el tiempo juntos. La decisión de separarse fue tomada por él, siendo totalmente inesperada para ella.

Actualmente con J. lleva 6 meses y se siente a gusto, pero le preocupa que las cosas no vayan tan bien como ella piensa y no darse cuenta, como ocurrió con su exmarido. Intenta gestionar sus inseguridades mediante conductas que valora como inadecuadas.

Tiende a sobreanalizar ciertas situaciones atendiendo a si algo va mal en la relación. Cuando no están juntos, tiende a revisar constantemente si él contacta con ella, y tiene pensamientos del tipo “si no me escribe, significa que no le importo”. Tan solo cuando J. está trabajando esto no ocurre, ya que es enfermero y ella sabe que tiene guardias extensas.

Cuando están juntos y siente raro a J. (distante o seco) suele comprobar el estado de su relación y sus sentimientos hacia ella, preguntándole al respecto. En ocasiones, él le demuestra su cariño, aunque algunas veces también ha generado roces entre ellos. Realizar estas conductas le hace sentir culpable a Teresa, al pensar que J. se va a cansar de ella, por lo que a veces, y con el objetivo de no ser insistente, se comporta fría y distante para que J. sea quien le pregunte si pasa algo.

Adicionalmente y como parte de su motivo de consulta, siente inseguridad con su imagen corporal; su exmarido era bastante exigente en este ámbito. Además, suele compararse constantemente con otras personas, no solo en el físico, sino también en otras áreas, como el laboral. Asimismo, refiere dificultades a la hora de apreciar sus virtudes y aspectos positivos, tiende a valorar de manera desajustada su desempeño, restando importancia a sus logros y sobrevalorando sus errores.

3. Estrategias de Evaluación

La fase de evaluación tuvo una duración de 4 sesiones de aproximadamente 50 minutos (ver Anexo 2), de la totalidad de la terapia de 24 sesiones. Sin embargo, cabe mencionar que, aunque la duración de la fase de evaluación fue la mencionada, la evaluación psicológica se mantiene durante toda la intervención como método de recogida de información del progreso de la terapia.

Se utilizaron varios instrumentos de evaluación para facilitar la obtención de información, y así, poder realizar la posterior formulación clínica del caso. Los instrumentos utilizados fueron:

- *Entrevista no estructurada.* La entrevista es el instrumento más común y utilizado en la práctica clínica. Se trata de una forma de interacción verbal y no verbal que, en este caso, se da entre terapeuta y cliente, y que permite al primero indagar información no observable con un instrumento eficaz y orientarse en el caso concreto para saber qué otros instrumentos utilizar según las necesidades (Fernández-Ballesteros, 2013). En este caso, la utilización de la entrevista no estructurada como método de evaluación recae principalmente en favorecer el vínculo terapéutico con la consultante, así como recopilar la mayor cantidad de información relevante posible para el caso.
- *Autorregistro o auto-observación.* El autorregistro es una técnica de recogida de información que se utiliza para evaluar distintas conductas o clases de conducta en las situaciones naturales donde se producen. El/la consultante debe rellenar un protocolo en donde se especifica la conducta que debe registrar y las condiciones en las que debe registrarla, el cual debe ser rellenado en el mismo momento en el que se produce la conducta evaluada o justo después de producirse (Fernández-Ballesteros, 2013). En el presente caso clínico, se utilizaron varios autorregistros para la recogida de información relevante y se entrenó a la consultante para la correcta utilización de los mismos. Por un lado, como se puede observar en la Tabla 1, se utilizó un autorregistro de malestar, destinado a evaluar las situaciones en las que la consultante sentía malestar a lo largo de la semana.

Tabla 1

Autorregistro de situaciones de malestar

DÍA	HORA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO DESPUÉS	GRADO DE MALESTAR (0-10)

Por otro lado, se utilizó el autorregistro de pensamientos irracionales para la evaluación de los mismos y posterior trabajo en pensamientos en sesión. Este fue implementado en la fase de intervención, por lo que se comentará el mismo de manera más amplia en el apartado de Tratamiento.

- *Historia biográfica o autobiografía.* La autobiografía es un instrumento de recogida de información del ciclo de vida de la persona que acude a consulta, interpretada y narrada por parte de la misma (Fernández-Ballesteros, 2013; Svensson & Randall, 2003). A este respecto, es una herramienta cualitativa en la que se recaban eventos subjetivos de la vida de la persona (Fernández-Ballesteros, 2013). Se utilizó la historia biográfica propia del Centro Psicológico en donde fue paciente Teresa, la cual recoge información en relación a la historia de la consultante y de diferentes ámbitos (familiar, social, laboral, de salud, entre otros) y fue posteriormente contrastada en sesión mediante entrevista (ver Anexo 4).
- *Inventario del concepto de sí mismo de McKay & Fanning (1991).* Para realizar una adecuada evaluación de la autoestima, resulta imprescindible obtener una descripción detallada sobre cómo las personas se perciben a sí mismas, de manera que el Inventario del concepto de sí mismo es una herramienta idónea para este cometido (McKay & Fanning, 1991). Es un instrumento de recogida de información cualitativa sobre diferentes áreas vitales (aspecto físico, forma de relacionarse con los/as demás, personalidad, cómo es percibido/a por los/as demás, rendimiento en la escuela o trabajo, ejecución de las tareas cotidianas, funcionamiento mental y sexualidad), en donde se pide al/la usuario/a una descripción

detallada en cada una de ellas y, posteriormente, la enumeración de sus habilidades con un signo positivo (+) y de sus debilidades con un signo negativo (-) en cada una de dichas áreas (McKay & Fanning, 1991). Este instrumento fue aplicado en dos ocasiones a lo largo del proceso terapéutico de la consultante, como indicador de cambio y progreso en el área de autoestima (ver Anexo 5).

4. Formulación clínica del caso

A partir de la información recogida en la fase de evaluación, se realiza un análisis de la problemática de la consultante para entender el caso.

4.1. Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento)

Teresa presenta dos áreas problema principales y que se tendrán en cuenta para realizar el análisis psicológico del caso: la inseguridad en pareja y la autoestima desajustada. De esta manera, se realiza un análisis funcional del caso, partiendo de dos hipótesis que nos ayudarán a entender las problemáticas: las hipótesis de origen y de mantenimiento.

La hipótesis de origen refleja la historia de aprendizaje del problema, de manera que sitúa el inicio del problema en un(os) evento(s) concreto(s) que funciona(n) como desencadenante(s) las conductas problema actuales. En el caso de la inseguridad en pareja, se observa el origen tras la ruptura de pareja inesperada con su exmarido, ya que aumentan las inseguridades en las relaciones de pareja al pensar que si está en una relación, puede que las cosas estén yendo mal y ella no se está dando cuenta. Mientras que en el área de autoestima desajustada, en un inicio parecía que la problemática venía tan solo relacionada a la inseguridad corporal, sin embargo, tras la evaluación se observa que esta es tan solo una parte del problema. Teresa, por su historia de aprendizaje, ha llegado a condicionar apetitivamente la delgadez y aversivamente la gordura, y le ha dado una importancia casi exclusiva a la imagen corporal en su valoración personal, por tanto, afectando considerablemente a su autoestima.

La hipótesis de mantenimiento expone una explicación de por qué las conductas problema se mantienen en la actualidad, haciendo referencia a la manera en la que la conducta se ve reforzada, aumentando su probabilidad de aparición bajo determinadas circunstancias. En el área de inseguridad en pareja, el principal patrón de conducta que presenta Teresa es de rumiación y comprobación del estado de su relación de pareja, como herramientas para disminuir y/o controlar la inseguridad que

presenta en este ámbito y para gestionar el miedo a que su pareja la deje. Asimismo, en el área de autoestima desajustada, se observa una tendencia a la comparación propia con otras personas, a la infravaloración de su propio desempeño y logros, y a la evitación de su propio cuerpo.

En el análisis psicológico de la problemática, también se tienen en cuenta las variables disposicionales de la consultante en cada una de las áreas problema. Son variables del entorno de la persona o características del individuo, que predisponen a que se dé la conducta problema, pero no suponen la causa de la misma.

A continuación se presenta el análisis funcional del caso de Teresa.

4.2. Análisis funcional del problema

Área problema 1: Inseguridad en pareja

Variables disposicionales:

- Historial de relaciones de pareja dependientes: presenta una tendencia a relacionarse de manera dependiente con sus parejas románticas, teniendo pocas habilidades que favorezcan la independencia dentro de una relación de pareja.
- Ruptura inesperada con su exmarido: favorece la inseguridad y los pensamientos irracionales en su relación al tener una historia de aprendizaje de poca detección de señales de alarma de posibles problemas en la relación.
- Diferencias entre su relación actual y su relación anterior: favorece la inseguridad en la relación de pareja al no tener una experiencia previa ni herramientas de actuación en determinadas situaciones.
 - Convivencia: no convive con su actual pareja a diferencia de con la pasada.
 - Espacios compartidos: menos espacios compartidos con la pareja actual que con la pasada.

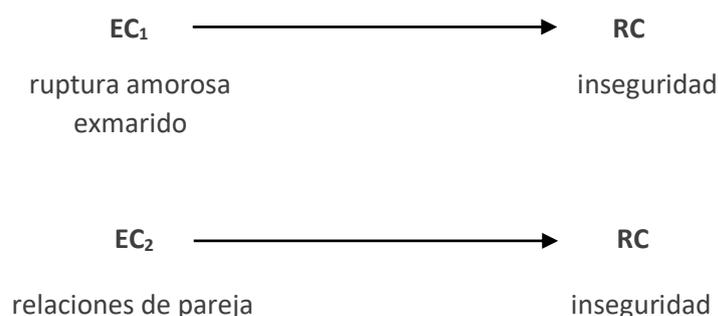
- Frecuencia de discusiones: mayores discusiones con la pareja actual que con la pasada.
- Creencias del amor romántico: favorece el establecimiento de reglas verbales en cuanto a las relaciones de pareja.
 - “Mi pareja ha de ser mi prioridad.” / “Debo ser la prioridad de mi pareja.”
 - “Mi pareja es mi principal fuente de apoyo.”
 - La pareja como principal responsable del bienestar de la otra persona.
- Baja autoestima: favorece la inseguridad en la relación de pareja y en su percepción de ser capaz de discriminar cómo se encuentra la relación.

Para analizar funcionalmente las problemáticas y explicar el mantenimiento de las mismas, se realizaron las secuencias funcionales de cada conducta problema evidenciadas a través de la evaluación.

Empezando con el área problema de la inseguridad en pareja, como se ve en la Figura 1, se puede observar el origen de la problemática tras la ruptura amorosa con su exmarido, la cual generó malestar e inseguridad en ella, especialmente porque fue algo inesperado al pensar que la relación iba bien. Posteriormente, ha condicionado dicha inseguridad a sus relaciones de pareja futuras, desencadenando el problema.

Figura 1

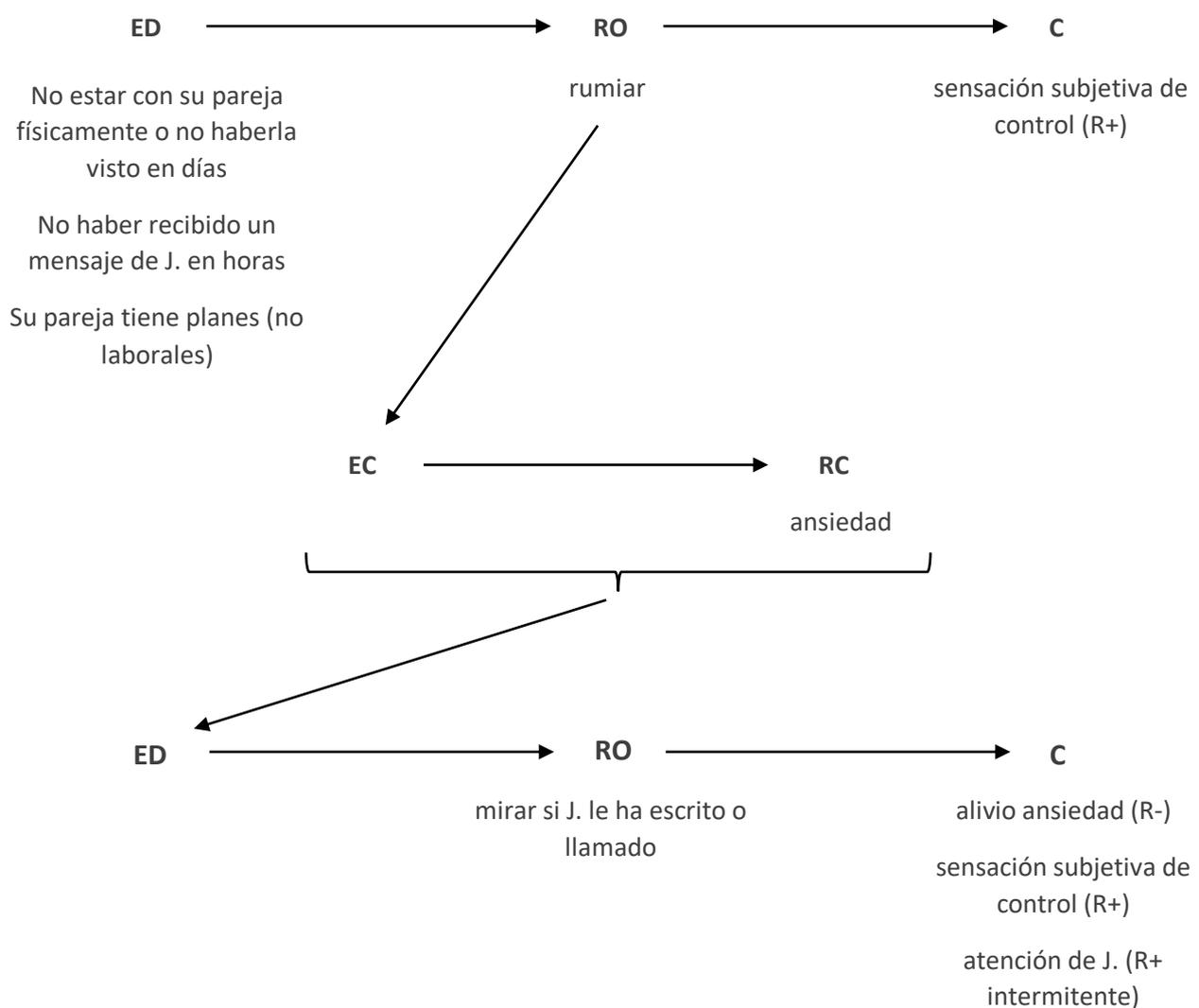
Hipótesis de origen: inseguridad en pareja



De esta manera, haciendo referencia a la Figura 2, actualmente cuando no se encuentra físicamente con su pareja y no le ha visto en algunos días, cuando no ha recibido un mensaje de él en algunas horas y cuando su pareja tiene planes no laborales, Teresa empieza a rumiar buscando explicaciones y analizando si es que están bien como pareja, lo que le da una sensación subjetiva de control sobre la situación. Sin embargo, la rumia le genera ansiedad, lo que después discrimina la conducta de mirar si J. le ha escrito o llamado, viéndose reforzada su conducta por el alivio de su ansiedad, por una sensación subjetiva de control y porque, en ocasiones, recibe la atención que busca por parte de J.

Figura 2

Primera secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja

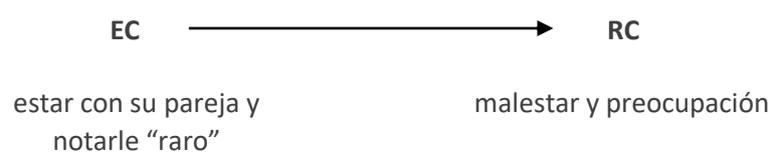


En la Figura 3 se observa que, cuando Teresa se encuentra con su pareja físicamente y le nota “raro” (p.ej. más callado o menos cariñoso), le genera malestar y preocupación, por lo que tiende a rumiar buscando explicaciones o analizando si se encuentran bien como pareja, dándole una sensación subjetiva de control. Esta rumia también le genera ansiedad, lo que discrimina que Teresa le pregunte a J. si le quiere y si es que están bien como pareja, generando un alivio de su ansiedad, dándole cierto control sobre esa situación y recibiendo cariño y atención por parte de J. en algunas ocasiones. A pesar de ello, el buscar comprobar si su relación de pareja está bien y preguntar a J. si es que le quiere, desencadena pensamientos del tipo “se va a cansar de mí”, lo que le genera una respuesta de ansiedad.

Por otro lado, como se observa en la Figura 4, en ocasiones, cuando Teresa se encuentra en esta misma situación y siente a su pareja “raro”, pero piensa “no quiero molestarle, se va a agobiar/cansar de mí”, tiende a mostrarse fría y distante con J., así recibiendo atención por parte de J. al preguntarle si se encuentra bien y alivia su malestar.

Figura 3

Segunda secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja



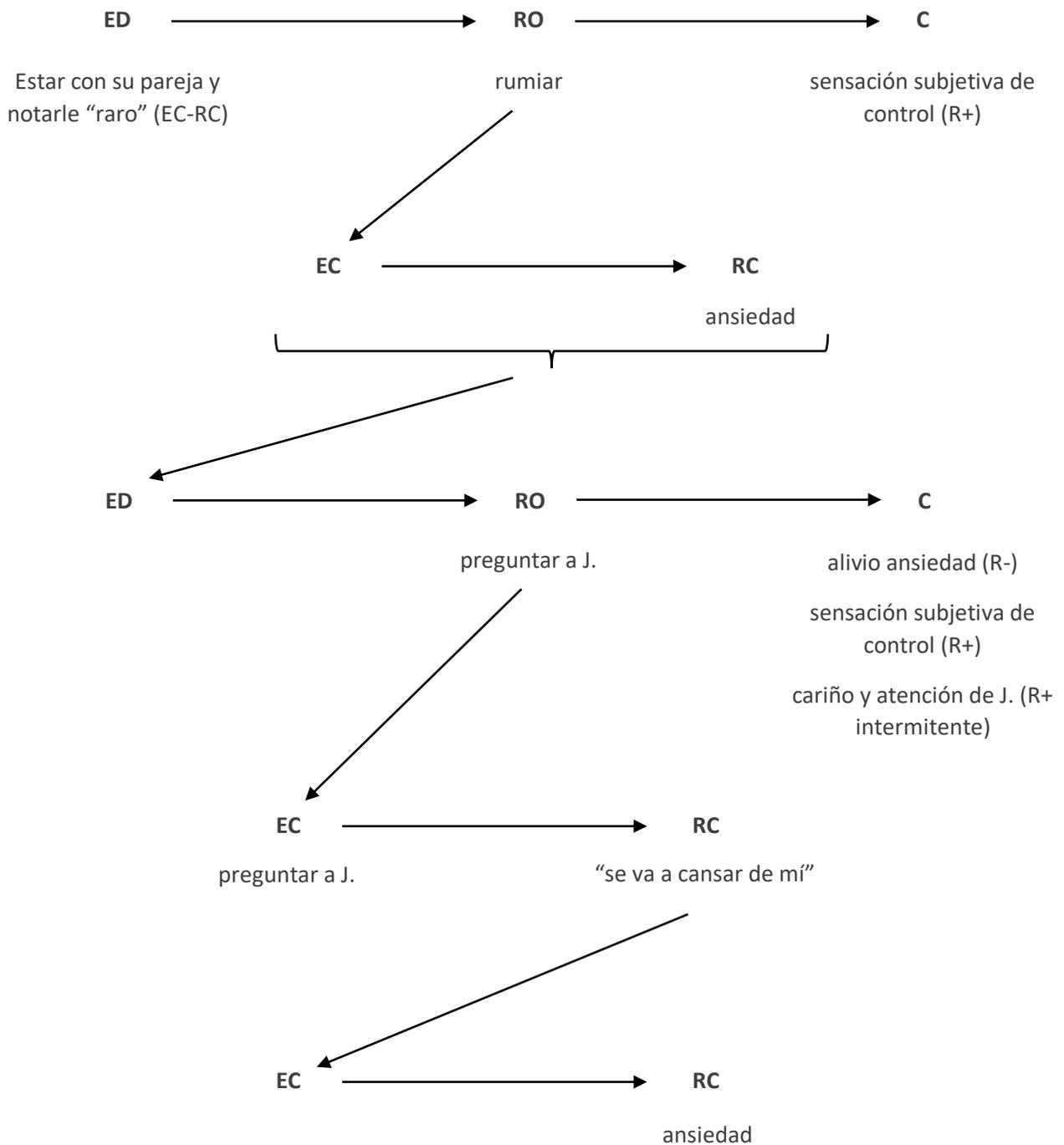
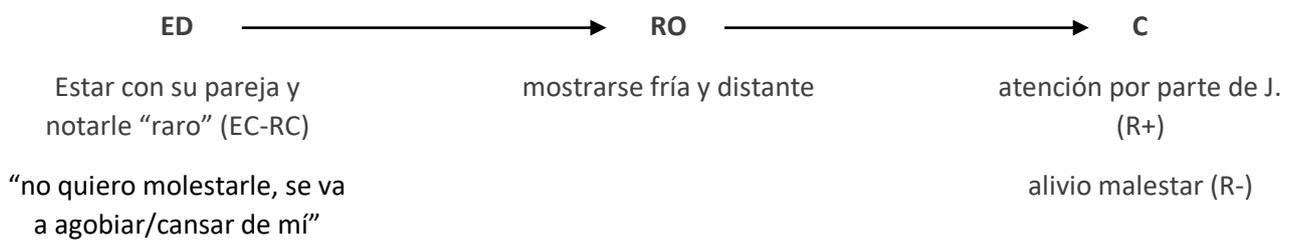


Figura 4

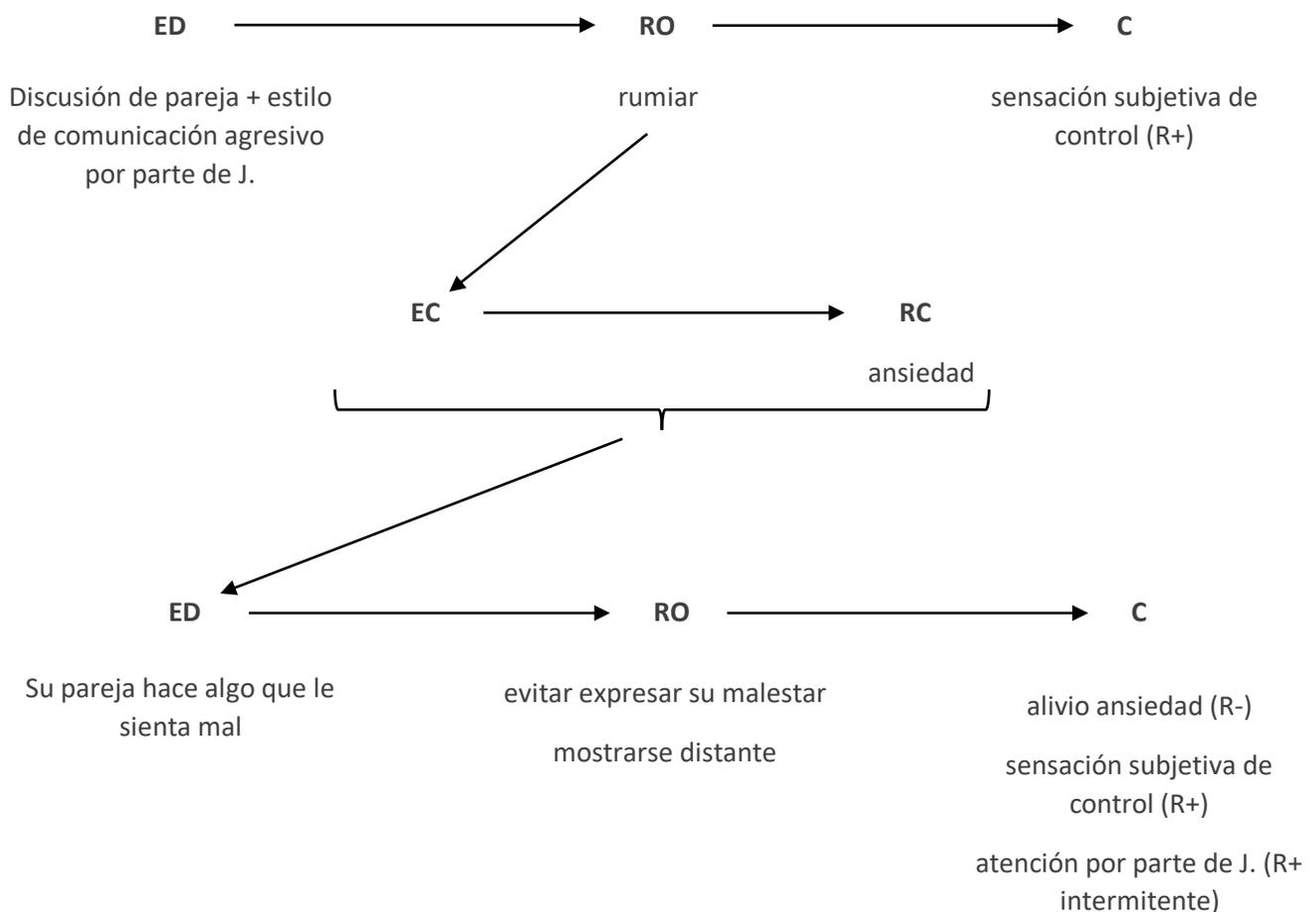
Tercera secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja



En cuanto a las discusiones en pareja y como se puede ver en la Figura 5, cuando él emplea un estilo comunicativo agresivo, Teresa tiende a rumiar al respecto (p.ej. “no puede reaccionar así”, “no debería tolerarlo”, “me va a dejar”, “se va a cansar de mí”), lo que inmediatamente le genera una sensación subjetiva de control sobre la situación, pero posteriormente dicha rumia le genera ansiedad. Además, la rumia y el hecho de que su pareja haga algo que le sienta mal, lleva a que Teresa evite expresar su malestar y/o que se muestre fría y distante para que él le pregunte que le ocurre, lo que alivia su ansiedad, le da una sensación subjetiva de control y, en ocasiones, consigue que J. le brinde la atención que ella busca. Cabe recalcar que en esta última situación, el haber comprobado recientemente el estado de su relación al haberle preguntado a J., funciona como una operación motivadora de establecimiento sobre la conducta de evitar expresar su malestar y mostrarse distante.

Figura 5

Cuarta secuencia de hipótesis de mantenimiento: inseguridad en pareja



Área problema 2: Autoestima desajustada

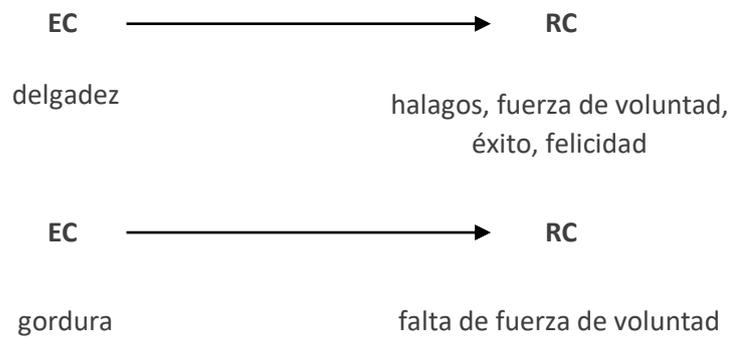
Variables disposicionales:

- Historia de aprendizaje de refuerzo por parte de su familia tan solo cuando bajaba de peso y evitación de comentarios positivos cuando aumentaba de peso: favorece la asociación de delgadez como algo positivo y gordura como algo negativo.
- Exigencia por parte de su exmarido en relación a su imagen corporal y estilo de vida saludable: favorece la asociación de delgadez a calificativos positivos (p.ej. fuerza de voluntad) y gordura a calificativos negativos (p.ej. falta de fuerza de voluntad).
- Ideal delgado de belleza en la sociedad: favorece la evitación de su imagen corporal al no adecuarse al ideal de belleza imperante.
- Ser mujer: supone unas exigencias determinadas por parte de la sociedad, en especial en relación a la imagen corporal, favoreciendo la evitación de su propio cuerpo al no cumplir con dichas exigencias.
- Creencias sociales sobre la delgadez y la gordura: favorece el establecimiento de reglas verbales en relación al ideal de belleza y fortalece la asociación de la delgadez como algo positivo y la gordura como algo negativo.
- Cultura de la productividad: favorece las autoexigencias en relación al desempeño y los logros, facilitando las evaluaciones sobre-exigentes y desajustadas.

En cuanto al área problema de autoestima desajustada, no se puede observar un origen claro del problema. Sin embargo, como se puede ver en la Figura 6, a lo largo de su vida, Teresa ha llegado a atribuir gran parte de su valoración personal a la imagen corporal, dándole una importancia subjetiva bastante elevada a este aspecto por sobre sus demás características personales. Teresa ha recibido comentarios agradables por parte de su contexto cercano solo cuando ha perdido peso, mientras que, cuando ha engordado, ha dejado de recibir dichos comentarios. De esta manera, ha asociado la delgadez de manera apetitiva y la gordura de manera aversiva.

Figura 6

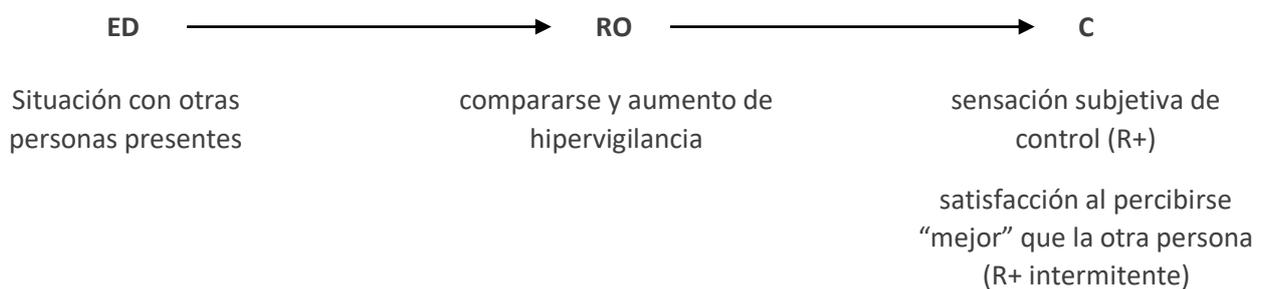
Hipótesis de origen: autoestima desajustada



Analizando funcionalmente el mantenimiento de esta área problema, como se observa en la Figura 7, cuando Teresa se encuentra en presencia de otras personas, suele compararse con ellas (p.ej. “lo van a hacer mejor que yo”, “no voy a ser capaz”, “ella puede ponerse X vestimenta mientras yo no”, “está más gorda/flaca que yo”) y aumenta la hipervigilancia sobre la situación, dándole una sensación subjetiva de control y, en ocasiones, produciéndole satisfacción al percibirse “mejor” que la otra persona con la que se compara.

Figura 7

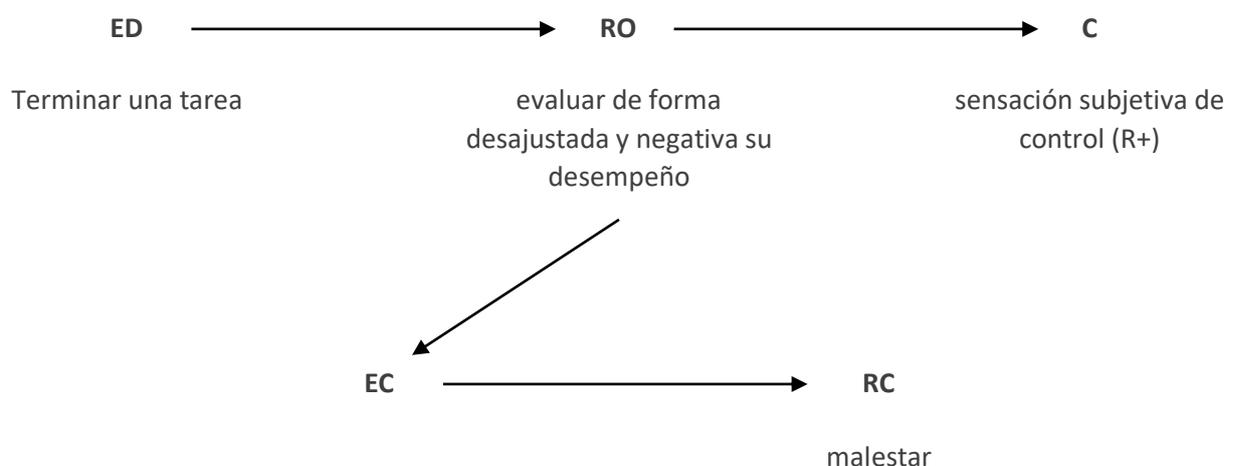
Primera secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada



Pasando a la Figura 8, cuando Teresa termina de realizar una tarea (p.ej. en el trabajo), evalúa su propio desempeño de forma desajustada y negativa (p.ej. “es lo mínimo que debía hacer”, “no tiene relevancia”, “no estoy haciendo suficiente”), dándole una sensación subjetiva de control sobre la situación, pero dicha evaluación le genera malestar.

Figura 8

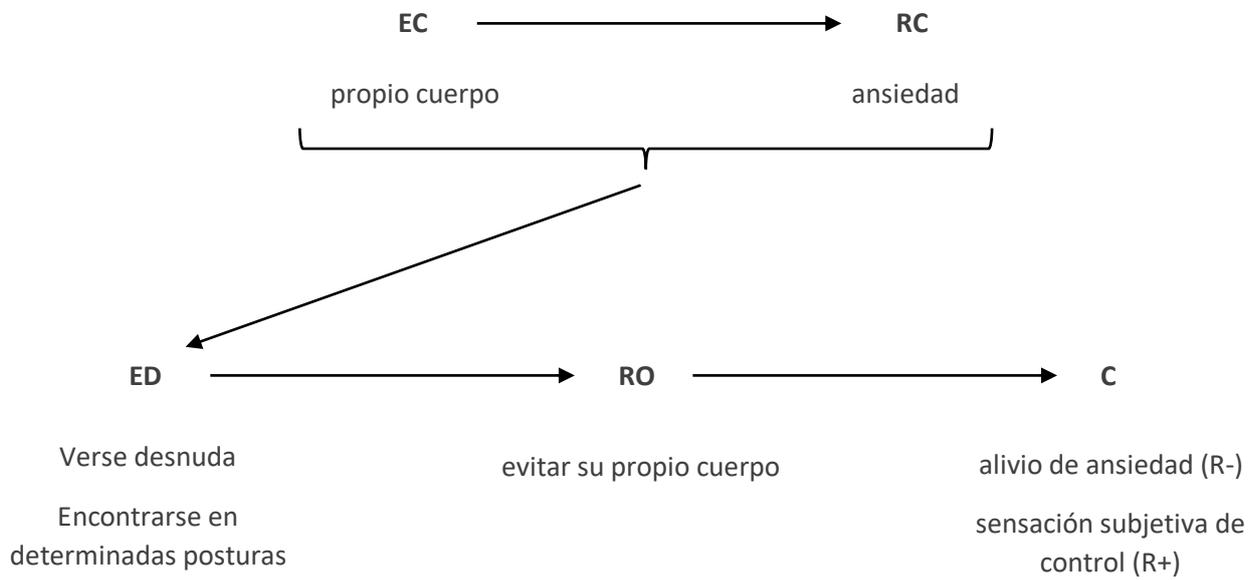
Segunda secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada



Finalmente, haciendo referencia a la Figura 9, Teresa tiene condicionado aversivamente su cuerpo, de manera que su propio cuerpo le genera ansiedad. Teniendo esto en cuenta y el hecho de encontrarse en una situación en la que debe estar en contacto consciente con su cuerpo, como verse desnuda (p.ej. en el espejo o al ducharse) o encontrarse en determinadas posturas (p.ej. sentada), conlleva una respuesta de evitación de su propio cuerpo (p.ej. evitar mirarlo, realizar rápidamente la actividad que esté haciendo, cambiar de postura o taparse el cuerpo), aliviando su ansiedad y dándole una sensación subjetiva de control sobre la situación que aumentan la probabilidad de dichas conductas y las mantienen.

Figura 9

Tercera secuencia de hipótesis de mantenimiento: autoestima desajustada



4.3. Objetivos y plan de intervención

Los objetivos de tratamiento que Teresa manifiesta al empezar terapia fueron: reducir la inseguridad en el ámbito de pareja y mejorar la relación con su imagen corporal. A partir de la exhaustiva evaluación de las problemáticas y la realización del análisis funcional se delimitaron más concretamente las áreas problema y se plantearon los siguientes objetivos, junto con su plan de intervención, expuestos en las Tablas 2 y 3:

Tabla 2

Objetivos y plan de intervención: inseguridad en pareja

Objetivos	Propuesta de intervención
<i>Gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parada del pensamiento con entrenamiento en autoinstrucciones
<i>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Entrenamiento en autoinstrucciones
<i>Reducir o eliminar comprobaciones.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta
<i>Ampliar el repertorio de actividades agradables y expresión emocional en contextos diferentes al de pareja.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual

Tabla 3

Objetivos y plan de intervención: autoestima desajustada

Objetivos	Propuesta de intervención
<i>Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Entrenamiento en autorrefuerzo
<i>Reducir comparaciones.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parada del pensamiento con entrenamiento en autoinstrucciones
<i>Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Entrenamiento en autoinstrucciones • Exposición con prevención de respuesta
<i>Enfrentarse a situaciones en las que muestre su cuerpo y sean relevantes para ella (ej. piscina).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta

5. Tratamiento

La terapia tuvo una duración total de 24 sesiones de 50 minutos y con una periodicidad semanal. La fase de tratamiento tuvo una duración de 20 sesiones (ver Anexo 6). La terapia, en general, tuvo un formato presencial, aunque se recurrió al formato online en determinadas ocasiones (p.ej. cuando Teresa tuvo COVID). Desde el inicio de la terapia y hasta la vigésimo primera sesión, la terapia tuvo una periodicidad semanal, sin embargo, a partir de esta sesión se procedió a tener sesiones mensuales por razones económicas. Se ha de destacar que no se lograron cumplir todos los objetivos planteados, ya que la terapia tuvo que interrumpirse antes de tiempo. Esto se debe a que, en las últimas sesiones, Teresa decide estudiar Veterinaria, algo que lleva queriendo hacer desde hace tiempo, pero no había podido por razones económicas y por falta de apoyo por parte de su exmarido. Esta decisión le imposibilita seguir viniendo a terapia.

La intervención tuvo un abordaje desde la corriente cognitivo-conductual, al ser la que cuenta con mayor evidencia científica para el tratamiento de problemas psicológicos (Moriani, Gálvez-Lara & Corpas, 2017). Así, se realizó una intervención destinada al cumplimiento de los objetivos planteados a raíz del análisis funcional y las necesidades de la consultante.

Teniendo en cuenta que Teresa presentaba dos áreas problema, se decide iniciar por el área de inseguridad en el ámbito de pareja al ser el que mayor interferencia tenía en el día a día de la consultante y al ser el problema que ella misma le daba una mayor urgencia. Sin embargo, una vez casi terminados los objetivos de esta área, se procedió a empezar la intervención en el área de autoestima desajustada de manera simultánea.

Iniciando con el área problema de inseguridad en pareja, resulta importante cuestionar ciertas creencias de Teresa que podrían suponer un problema para su motivación en la terapia y su adherencia a la misma. Estas creencias iban en torno a: “si trabajo mis propias dificultades en torno al área de pareja, significa que estoy loca y va a quedar invalidado lo que siento”. De esta manera

también se buscaba validar las razones por las que Teresa acudía a terapia, cambiar esta manera de pensar y reforzar su decisión teniendo en cuenta la dificultad que suponía para ella.

Una vez cuestionada esta creencia, a partir de la quinta sesión, se procede a iniciar con los objetivos de *gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja* y el de *ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico*. Para esto, se empieza con psicoeducación sobre la rumia y sus consecuencias a largo plazo, teniendo en cuenta el análisis funcional y evidenciando cómo la rumia funciona y afecta su cotidianidad. De esta manera se pudo iniciar el entrenamiento en parada del pensamiento, mediante la utilización de autoinstrucciones (p.ej. “ahora no me ayuda pensarlo, luego tendré tiempo para pensar en ello”) y una actividad distractora. También resultó oportuno psicoeducar acerca de las preocupaciones y cómo el pensar constantemente en ellas, sin posteriormente ocuparse de resolverlas, es contraproducente y aumenta el malestar. Así, una estrategia a añadir fue el “tiempo de las (pre)ocupaciones” para reducir la rumiación diaria y destinar un tiempo concreto a ocuparse de manera activa dichas preocupaciones. Se pautó que Teresa utilizara la parada del pensamiento durante el día y destinara 15-20 minutos al volver del trabajo en el metro a pensar en las preocupaciones. Al finalizar el tiempo, debía utilizar la parada del pensamiento con una autoinstrucción y, como actividad distractora, llamar a su abuela como normalmente hacía. Cabe destacar que, posteriormente, el tiempo destinado a las preocupaciones también se utilizaría para aplicar otras estrategias que puedan ayudar a gestionar una situación determinada (p.ej. toma de decisiones o planificación y gestión del tiempo).

A partir de la sexta y séptima sesión, se psicoeduca acerca de los pensamientos (racionales e irracionales) y se entrena en la identificación de pensamientos irracionales durante el día mediante un autorregistro (ver Anexo 3). Posteriormente, se utiliza el moldeamiento verbal en sesión para cuestionar los pensamientos irracionales que presentaba Teresa, cambiando estos pensamientos desadaptativos por otros más adecuados (p.ej. “si le necesito no va a estar”; “si no está significa que no le importo”) y, posteriormente, utilizar los pensamientos alternativos como autoinstrucciones en

su día a día cuando aparecieran dichos pensamientos y también para facilitar la aplicación de la parada del pensamiento (p.ej. “Si no puede verme, no significa que no le importe, sino que también dedica tiempo a otras cuestiones importantes para él, como amigos/as y familia. No me quiere menos por ello, así como yo no le quiero menos por pasar tiempo con amigos/as y familia”).

El moldeamiento de pensamientos irracionales se mantuvo a lo largo de las siguientes sesiones. Además, entre la octava y décima sesión, se vio la necesidad de intervenir en su evaluación de acontecimientos positivos y negativos a lo largo de su semana, ya que tendía a sobrevaluar los acontecimientos negativos y sobreestimar la tristeza experimentada puntualmente en situaciones relacionadas con su pareja, afectando su estado de ánimo a lo largo de la semana. Por esta razón, se realiza un autorregistro de momentos agradables del día en diferentes áreas de su vida (familia, pareja, trabajo, ocio, amistades, entre otras) para apreciar más objetivamente su vida y mejorar su estado de ánimo (ver Anexo 7), y también se realiza un entrenamiento en autorrefuerzo para aumentar la importancia que le da a sus acciones y su esfuerzo en su día a día.

A partir de la novena sesión, también se empieza a trabajar con el objetivo de *ampliar el repertorio de actividades agradables y expresión emocional en contextos diferentes al de pareja*. Mediante la realización del autorregistro de momentos agradables, Teresa es consciente de que pasa muy poco tiempo con sus amistades y es algo que le gustaría cambiar. De esta manera y aprovechando la motivación expresada, se procede a utilizar la activación conductual como técnica de intervención. Todo esto teniendo en cuenta la ventaja de que Teresa ya cuenta con opciones viables para ampliar su repertorio de actividades agradables y con una red de apoyo a la que acudir, de manera que el problema se encontraba en hacer uso y cuidar de estas posibilidades.

En esta sesión y en las siguientes, también se continúa trabajando con los objetivos iniciales, por lo que se empieza a realizar psicoeducación acerca del amor romántico y los mitos alrededor de este para así, valorar el acuerdo que Teresa tenía con los mismos. Posteriormente, entre la undécima y duodécima sesión, se cuestionan los mitos del amor romántico que mayor credibilidad les otorgaba

(p.ej. “El amor de pareja es necesario para sentirse completo/a en la vida”; “Mi pareja ha de ser mi prioridad y yo la de ella”). Los pensamientos alternativos generados fueron utilizados como autoinstrucciones a lo largo de las siguientes semanas (p.ej. “Hago muchas cosas sin mi pareja que me hacen sentir realizada”; “Mi pareja es muy importante para mí, pero también lo son otras personas y yo misma”).

A partir de la duodécima sesión, se empieza a trabajar el último objetivo de esta área: *reducir o eliminar comprobaciones*. Se inicia realizando una psicoeducación sobre la ansiedad y la técnica de exposición con prevención de respuesta. Se realiza una jerarquía para la exposición en conjunto con la Teresa (ver Anexo 8). Desde la decimotercera sesión hasta la decimoséptima, se realizan las exposiciones como tareas semanales, utilizando autoinstrucciones y conductas incompatibles con las comprobaciones (p.ej. estar presente y participar en las conversaciones con sus amigas cuando están juntas).

A partir de la decimocuarta sesión, se inicia la intervención en el área problema de autoestima desajustada de manera simultánea. El primer objetivo a trabajar es el de *aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada*. A pesar de que ya se había evaluado en un inicio, se volvió a pasar el Inventario del concepto de sí mismo de McKay & Fanning (1991) por si hubiera habido cambios hasta este momento de la intervención, los cuales fueron evidentes y positivos tras realizar el inventario (p.ej. valoración inicial: “todo me afecta demasiado, tengo un mal control de mis emociones”; valoración posterior: “trato de interpretar las situaciones de manera más objetiva”; “he aprendido a regular mis emociones sin que interfieran en mi vida, aunque las siga experimentando”). Esto se debe a que ambas áreas problema están muy relacionadas entre sí, por lo que, aunque las dividamos en áreas con objetivos distintos y, a pesar de todavía no haber empezado a trabajar directamente con el área de autoestima, ya podemos observar cambios en esta área.

Entre la decimoquinta y la decimosexta sesión, se realiza una psicoeducación en autoestima y, mediante las evaluaciones ajustadas que Teresa realizó en el inventario, se generan

autoinstrucciones con las que poder valorarse a sí misma de manera ajustada a lo largo de la semana. Asimismo, en la decimoséptima y decimoctava sesión, se utiliza el moldeamiento verbal para cuestionar pensamientos irracionales evidenciados en el inventario, muchos de los cuales se centraban en su imagen corporal, por lo que se procedió a reevaluar dicha área y recordar el análisis funcional.

Así, de manera simultánea se procede a intervenir en el objetivo de *reducir el malestar que le genera su propio cuerpo* a partir de la decimonovena sesión. Se realiza una psicoeducación sobre la imagen corporal y se utiliza el moldeamiento verbal para desmitificar las creencias relacionadas con la delgadez y la gordura (p.ej. gordura = falta de fuerza de voluntad). Se utilizan pruebas de evidencia con ejemplos de mujeres de su contexto cercano o lejano que tengan sobrepeso/obesidad y cumplan con las características asociadas a la delgadez. Además, se utiliza la biblioterapia como material complementario para la psicoeducación y, así, favorecer la adherencia a pensamientos alternativos generados con el moldeamiento (ver Anexo 9). A partir de dichas lecturas, se generan autoinstrucciones para utilizar en su día a día y, posteriormente, en la exposición con prevención de respuesta (p.ej. “hay muchos factores que influyen en el peso, no todo depende de mí”; “tengo buena salud y hábitos saludables, con independencia de mi estética”).

Cabe mencionar que, en la decimosexta sesión, Teresa decide estudiar Veterinaria y empieza con la búsqueda y aplicación a universidades, por lo que a lo largo de las siguientes sesiones esto supone una preocupación añadida a lo que se está trabajando en terapia actualmente. Por esta razón, parte de algunas sesiones son destinadas a la gestión de dichas preocupaciones y la disminución del malestar (entre ellas, la decimoctava y la vigesimosegunda sesión). A este respecto, se recuerdan las pautas para gestionar la rumiación, se establecen momentos concretos y limitados del día para dedicarse a la búsqueda de universidades, y se realiza un listado de actividades placenteras y nuevas para que pueda empezar a realizar más allá de sus obligaciones.

Asimismo, en la vigésima sesión, Teresa comenta una pelea que tuvo con su pareja a lo largo de la semana en la cual él utilizó un estilo de comunicación agresivo y, a pesar de gestionar el malestar adecuadamente mediante las técnicas aprendidas en sesión, se aprovechó dicha situación para darle herramientas de comunicación en pareja, las cuales acordó trasladarle posteriormente. Se le da las siguientes pautas de acción: ser clara y directa sobre lo que quiere, acordar con su pareja no actuar en base a interpretaciones sin expresarlas antes para evitar malos entendidos y, finalmente, retirarse si él tiene un estilo comunicativo agresivo para evitar que el conflicto aumente y esperar a estar más calmados para volver a abordar lo ocurrido.

En la vigesimoprimera sesión, se inicia la exposición con prevención de respuesta para reducir el malestar que le genera su cuerpo en diferentes situaciones, junto con la utilización de las autoinstrucciones generadas a partir de las lecturas. Se realiza la jerarquía de exposición en conjunto con la consultante (ver Anexo 10). En la vigesimotercera sesión, se pauta el primer ítem de la jerarquía y algunas autoinstrucciones para darse en ese momento (p.ej. “estoy desnuda en la cama pasando tiempo de calidad con mi pareja”).

A partir de esta sesión, Teresa comenta que ha sido admitida en una universidad privada madrileña para el grado en Veterinaria, por lo que no podrá seguir costeándose la terapia. Teniendo en cuenta que tenía una sesión adicional abonada previamente, se utilizó la vigesimocuarta y última sesión para evaluar la exposición de la semana pasada y animarla a continuar con la exposición bajo supervisión terapéutica cuando tenga la oportunidad de volver a terapia, dado que puede ser contraproducente el continuar con la misma por su cuenta y sin supervisión.

6. Valoración del tratamiento

La terapia psicológica es un proceso con altibajos, no es un proceso lineal y suele tomar más o menos tiempo dependiendo de diferentes factores (p.ej. calidad de la información de la evaluación, implicación y adherencia al tratamiento, complejidad de la problemática). En el caso de Teresa, se ha de destacar su implicación en la terapia desde el inicio de la misma, con un cumplimiento de tareas y adherencia al tratamiento impecables. Por esta razón, se pudieron ver cambios en la consultante muy pronto al empezar la intervención, y el cumplimiento de objetivos fue progresivo y bastante evidente.

Se ha de tener en cuenta que no se pudieron cumplir todos los objetivos planteados, específicamente del área de autoestima, ya que la terapia se vio interrumpida por la decisión de Teresa de estudiar Veterinaria. A pesar de ello, esta decisión es una evidencia importante a la hora de realizar una valoración del tratamiento, ya que refleja cambios en las propias creencias de la consultante en relación a al amor romántico (p.ej. “sin mi pareja no puedo hacer ciertas cosas”), pero también en relación a sus creencias sobre sus propias capacidades y autonomía. Además, Teresa se lleva consigo un conjunto de herramientas que ha adquirido a lo largo del tratamiento para hacer frente a futuras dificultades y que han aumentado su capacidad de afrontamiento de adversidades (p.ej. gestión de las preocupaciones y la rumiación, aprovechamiento de fuentes de apoyo, valoración personal ajustada, pensamientos alternativos ajustados en diferentes áreas vitales como en el área de pareja y en imagen corporal).

Para la valoración de los cambios concretos realizados a lo largo del tratamiento, se pueden comparar las propias conductas de Teresa al inicio de la terapia y a medida que progresaba la misma como se puede observar en las Tablas 4 y 5:

Tabla 4

Conductas pre y post tratamiento en el área problema de inseguridad en pareja

Conductas pre-tratamiento	Conductas post-tratamiento
Creencias relacionadas con el amor romántico en forma de reglas verbales (p.ej. “el amor de pareja es necesario para sentirse completo/a”; “mi pareja tiene la capacidad de hacerme feliz”)	Utiliza activamente los pensamientos alternativos generados a partir del cuestionamiento de las creencias del amor romántico, ya sea para rebatir los pensamientos cuando aparecen, como para empezar a realizar actividades que anteriormente no hacía por dichas creencias (p.ej. buscar bienestar también fuera de la relación de pareja, como en amistades, familiares y actividades gratificantes para ella).
Rumiación y preocupaciones constantes que interfieren en su día a día (p.ej. “no debería sentirme así”; “si mi pareja no está, es porque no le importo”).	Consigue gestionar adecuadamente las preocupaciones y utilizar activamente las estrategias vistas en terapia en las situaciones en las que vuelven a aparecer (p.ej. situaciones de conflicto con su pareja).
Comprobaciones constantes de si su pareja contacta con ella o del estado de su relación, así como la adopción de una actitud más pasiva y distante buscando la atención de su pareja.	Algunos de los cambios vistos fueron: <ul style="list-style-type: none"> • Escribe con menos frecuencia a su pareja cuando no están físicamente juntos. • No está pendiente del móvil cuando él tiene planes, sino que disfruta de su tiempo sola haciendo actividades (p.ej. hobbies o compartiendo con familia). • Si nota callado a su pareja, adopta un rol más activo y relajado para abordar la situación.
Tiene amigas cercanas a las que ve con muy poca frecuencia y no suele acudir a ellas como fuente de apoyo, sino a su pareja únicamente.	Mantiene un mayor contacto con sus amigas, se ven con mayor frecuencia y ha empezado a recurrir a ellas como fuente de apoyo.
Sobrevaloración de momentos de tristeza en situaciones relacionadas con su pareja, que ocasiona una disminución del estado de ánimo general y una valoración negativa de la semana.	Se encuentra satisfecha con la mayoría de áreas vitales y se implica activamente en cada una de ellas (p.ej. llamar a familiares diariamente, comer con sus compañeros de trabajo, hacer actividades de ocio), lo que le ayuda a valorar su semana más ajustadamente.

Tabla 5

Conductas pre y post tratamiento en el área problema de autoestima desajustada

Conductas pre-tratamiento	Conductas post-tratamiento
Le cuesta valorar aspectos positivos de sí misma en diferentes áreas (p.ej. rendimiento académico y sexualidad) y presenta verbalizaciones negativas sobre su forma de ser (p.ej. “todo me afecta demasiado”; “tengo un mal control de mis emociones”).	Es capaz de identificar más aspectos positivos de sí misma (p.ej. “trato de interpretar las situaciones de manera más objetiva”; “he aprendido a regular mis emociones sin que interfieran en mi vida, aunque las siga experimentando”) y realiza una valoración más ajustada de sí misma en diferentes áreas.
Resta importancia a sus logros, esfuerzo y desempeño en diferentes áreas (p.ej. laboral).	Se autorrefuerza de manera ajustada en diferentes contextos y ha empezado a realizar una valoración más ajustada de sí misma en diferentes áreas (p.ej. valora adecuadamente sus esfuerzos y progresos en terapia o el mérito de haber sido admitida en la universidad).
Hiperfocalización en la relación de pareja, dejando de lado áreas importantes para ella (p.ej. estudios, amistades, actividades nuevas).	Ha empezado a realizar mayor cantidad de actividades satisfactorias para ella (p.ej. salir más con amigas) y ampliar su abanico de posibilidades al mostrar interés en empezar a realizar actividades nuevas para ella (p.ej. yoga).

Cabe destacar que la intervención en autoestima también se realizó de manera indirecta durante la intervención en el área de inseguridad en el ámbito de pareja, por ejemplo, mediante el entrenamiento en autorrefuerzo y el cuestionamiento de ciertos pensamientos irracionales que tenían una influencia en la autoestima de la consultante (p.ej. “mi pareja tiene la capacidad de hacerme feliz”; “sin mi pareja no puedo hacer ciertas cosas”). También, a partir de haber cambiado su manera de gestionar las problemáticas en el área de pareja, ha cambiado la valoración que realizaba acerca de sí misma en algunas áreas, siendo capaz de detectar más aspectos personales positivos. De esta manera, muchos de los cambios observados en el área de pareja, ya supusieron en sí mismos una mejora en la autoestima.

En el área de autoestima solo se llegó a trabajar y alcanzar el objetivo de *aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada*. Los demás objetivos: *reducir el malestar que le genera su propio*

cuerpo, reducir comparaciones y enfrentarse a situaciones en las que muestre su cuerpo y sean relevantes para ella, no se llegaron a trabajar al finalizarse la intervención antes de lo previsto.

En otro orden de ideas, un factor importante a tener en cuenta en la evaluación del tratamiento es el vínculo terapéutico. A lo largo del proceso terapéutico, se construyó una buena alianza, la cual tuvo una influencia positiva en el tratamiento al favorecer la implicación de Teresa en la terapia y facilitar un espacio seguro para el cambio. Esto se ve reflejado en la facilidad de obtención de información desde un inicio, la realización de tareas (p.ej. autorregistros o lecturas) y la aplicación de técnicas en su contexto natural. Además, Teresa desde el principio se mostró como una persona dedicada, comprometida y muy interesada en su proceso de cambio.

Finalmente, a pesar de que el proceso de terapia de Teresa fue bastante lineal y con pocas dificultades, en un proceso terapéutico es común la presencia de altibajos. En el caso de Teresa, algunas de las dificultades encontradas se vieron en las últimas sesiones de terapia y en relación a su decisión de estudiar Veterinaria, ya que era una decisión importante para la consultante y que generaba un alto estrés por la cantidad de cambios que suponía y la incertidumbre del proceso de búsqueda y aplicación a universidades. Asimismo, otra dificultad encontrada se relacionaba con algunas discusiones en pareja que, a pesar de que Teresa aprendió a gestionarlas adecuadamente, generaban algunos pensamientos irracionales que tuvieron que ser cuestionados posteriormente en terapia (p.ej. “estamos forzando la relación, al tener que hacer esfuerzos por entendernos”). De todas formas, se ha de tener en cuenta que el proceso terapéutico se da de forma paralela a la vida cotidiana de la persona, por lo que es común que sigan ocurriendo situaciones fuera de terapia que influyan dentro de la misma.

7. Discusión y Conclusiones

El trabajo presenta un caso de dependencia emocional y problemas de autoestima, en donde se hace evidente la estrecha relación existente entre estas dos áreas problema y la influencia bidireccional de ambas problemáticas, lo que supone un elemento importante a tener en cuenta a la hora de intervenir en casos de esta índole. Esto se pudo observar más concretamente a la hora de realizar el tratamiento, ya que, por un lado, a lo largo del tratamiento en inseguridad en pareja ya fueron haciéndose evidentes conductas problema del área de autoestima que estaban interfiriendo en el progreso de la terapia, dando la oportunidad de abordarlas en ese momento mediante el entrenamiento en autorrefuerzo y la activación conductual. Por otro lado, también se pudo evidenciar esta relación una vez se inició el tratamiento del área problema de autoestima, ya que hubo una mejora en esta área a comparación del inicio de la terapia y sin todavía haberla abordado directamente.

Asimismo, se ha evidenciado la utilidad del análisis de conducta y su contribución en el abordaje de este tipo de casos en la práctica clínica. Concretamente, en la dependencia emocional, anteriormente se comentaban las dificultades encontradas a la hora de delimitar la problemática, al encontrar variedad de definiciones y enfoques de intervención. El presente trabajo contribuye a solventar este problema mediante la exposición de un caso clínico y la presentación de una alternativa de intervención poco enfocada en una etiqueta diagnóstica. Como se mencionó anteriormente, un problema psicológico con una etiqueta determinada, ya sea dependencia emocional o autoestima desajustada, engloba una serie de conductas desajustadas, las cuales deberán ser el objeto de cambio en el proceso terapéutico y en donde se utilizarán los principios del aprendizaje para su intervención. El caso de Teresa es un claro ejemplo de esta afirmación y, a pesar de no haber tenido la posibilidad de realizar la intervención en su totalidad, los cambios observados tras las 24 sesiones terapéuticas demuestran una gran eficiencia en el abordaje del caso y la elección del enfoque de intervención. Esto se debe a que, mediante la explicación funcional de la problemática se ha podido diseñar un plan de

intervención individualizado, el cual permite desarrollar nuevas funcionalidades para las conductas problema que sean más ajustadas y adaptativas para la persona a largo plazo (Froján, 2011).

Otro aspecto que considero importante destacar sobre el presente estudio es que se evidencia la importancia del entorno en el proceso de cambio. Teniendo en cuenta que toda conducta ocurre en un contexto, el tener una buena disposición del mismo para que se produzcan cambios facilita y potencia en gran medida la intervención. En este caso, el hecho de que la pareja de la consultante se haya mostrado abierta a cambios (p.ej. en el área de comunicación y gestión de conflictos), contribuyó considerablemente a la implementación de herramientas terapéuticas en su entorno natural, en el progreso de la terapia y en los resultados positivos tras el proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos tras la intervención fueron positivos y las herramientas utilizadas muy adecuadas para el caso. En todo caso, cabe destacar que a la hora del abordaje del caso y las técnicas utilizadas, el entrenamiento en la técnica de reestructuración cognitiva podría haber sido un recurso interesante a utilizar como herramienta a la que la consultante pudiese acudir en un futuro en el contexto extraterapéutico. Esto se debe a que uno de los objetivos de la terapia es brindar a la persona unas herramientas que le ayuden a afrontar determinadas situaciones vitales cada vez con mayor independencia, por lo que, además del moldeamiento verbal de pensamientos irracionales en sesión, considero que hubiese sido un recurso muy útil. Para evitar la incorrecta utilización de la técnica (p.ej. por una sobreutilización de la misma y un aumento de la rumiación), podría haber sido interesante realizar una programación del tiempo diario en el que se realizaría la reestructuración de los pensamientos irracionales detectados (p.ej. 15 minutos al día), y mientras, a lo largo del resto del día se seguiría haciendo uso de la parada del pensamiento con autoinstrucciones como, efectivamente, se procedió en la intervención.

En esta misma línea, teniendo en cuenta la influencia que puede tener una falta de habilidades asertivas en los casos de dependencia emocional al haber un mayor riesgo de desarrollarla (Aranda et al., s.f.), considero importante haber realizado una evaluación de dichas habilidades para detectar

posibles problemas y, en el caso de haberlos, en la intervención tener la posibilidad de favorecer una manera de relacionarse más adecuada y, además, prevenir futuros problemas en este ámbito. Siempre teniendo en cuenta la posibilidad de que, a pesar de que la consultante tenga unas correctas habilidades asertivas, presente dificultades a la hora de ponerlas en práctica.

Por otro lado, una limitación importante del presente caso clínico es la interrupción de la terapia, ya que dificulta la posibilidad de obtención de unos datos claros y demostrables de la efectividad de la intervención psicológica a largo plazo. Al fin y al cabo, con esto se evidencia la importancia de realizar un seguimiento tras la intervención para observar cómo la persona se empieza a desenvolver en su entorno natural cada vez con mayor independencia del/la psicólogo/a a medida que las sesiones son más espaciadas en el tiempo y tienen una menor frecuencia.

De todos modos, mediante los resultados obtenidos hasta el momento de finalización de la terapia, se puede hipotetizar un buen pronóstico del caso y de las problemáticas tratadas, en especial de la dependencia emocional, ya que fue en la que se llegaron a cumplir todos los objetivos de intervención. En el caso de la autoestima, la mayor parte de objetivos no llegaron a ser tratados, pero los cambios vistos en esta área hasta el momento y las herramientas con las que Teresa se queda tras la terapia (p.ej. entrenamiento en autorrefuerzo e importancia de la realización de actividades agradables), pueden ser de gran utilidad para ella en su futuro cercano, aunque no se descarta la necesidad futura de volver a buscar ayuda psicológica para continuar con la intervención.

Adicionalmente, cabe destacar que el presente estudio de caso expone la necesidad de realizar una mayor investigación sobre la dependencia emocional para contribuir al adecuado abordaje de dicha problemática, especialmente partiendo de una operativización más concreta de la misma para su posterior intervención. Asimismo, resulta interesante la estrecha relación entre dependencia emocional y autoestima, por lo que se muestra la necesidad de realizar una mayor investigación al respecto y plantear variedad de posibilidades de acción a la hora de intervenir en casos con estas problemáticas.

Concluyendo, la realización del presente trabajo ha supuesto un camino de gran aprendizaje, no solo a nivel teórico, sino también y, especialmente, práctico. Algo que tiene un gran valor para mí a estas alturas de mi carrera profesional, la cual está a punto de comenzar.

Me gustaría destacar nuevamente la potente herramienta que es el análisis funcional de la conducta en la práctica clínica, no solo en la parte de evaluación e intervención de la misma por su rigor a la hora de abordar los casos de manera individualizada, sino también en la parte de generación de alianza terapéutica, ya que permite transmitir un entendimiento real y genuino de la problemática que el/la consultante nos transmite, generando un ambiente de apoyo, acompañamiento y empatía. De esta manera, el presente estudio contribuye a profundizar en las problemáticas de dependencia emocional y autoestima desde una perspectiva conductual para un adecuado abordaje de las mismas en la práctica clínica.

Ver un proceso terapéutico tener unos buenos resultados por la dedicación e interés que presenta la persona que busca ayuda y por un gran manejo e intervención del caso, ha sido muy enriquecedor y motivador a la hora de pensar en empezar a ejercer la profesión de psicóloga sanitaria. A pesar de que siempre pueden existir dificultades y limitaciones, ya que un proceso de cambio no es lineal, poder ser partícipe de lo que hay detrás del trabajo de un/a psicólogo/a sanitario/a ha sido una gran oportunidad y un honor para mí. Por eso quisiera agradecer a mis tutoras, Tauana Matias Lago y Andrea Collado Díaz, por su dedicación y apoyo a lo largo de este camino, y por poner a prueba mis conocimientos y habilidades en todo momento a lo largo de estos meses.

8. Referencias bibliográficas

- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 411-437. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.007>
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Aranda, E., García, M., Luque, A., Matías, T., Morales, C., Moreno-Agostino, D., Zanón, I. & Rodríguez-Carvajal, R. (s.f.). *Protocolo-Guía de Evaluación para casos de Dependencia Emocional*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Arntz, A. (2005). Pathological dependency: Distinguishing functional from emotional dependency. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 411-416. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi051>
- Blanco, M. A. (2014). Implicaciones del uso de las redes sociales en el aumento de la violencia de género en adolescentes. *Comunicación y Medios*, 30, 124-141.
- Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112(1), 3–23. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.3>
- Bornstein R. F. (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: converging psychological factors and social forces. *The American psychologist*, 61(6), 595–606. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.6.595>
- Bornstein, R. F. (2012). Illuminating a neglected clinical issue: Societal costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 766-781. <https://doi.org/10.1002/jclp.21870>

- Bratovic, V., Mikic, B., Kostovski, Z., Teskeredžić, A. & Tanovic, I. (2015). Relations between Different Dimensions of Self-Perception, Self-Esteem and Body Mass Index of Female Students. *International Journal of Morphology*, 33(4), 1338-1342. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000400024>
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 39(1), 58–71. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.58>
- Bucchianeri, M. M. & Neumark-Sztainer, D. (2014). Body dissatisfaction: An overlooked public health concern. *Journal of Public Mental Health*, 13(2), 64-69. <https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2013-0071>
- Bution, D. C. & Wechsler, A. M. (2016). Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(1), 77-101. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n1p77>
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. (2ª ed.). The Guilford Press.
- Castelló, J (2000). *Análisis del concepto "dependencia emocional"*. Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial
- Cheung, C. K., Cheung, H. Y. & Hue, M. T. (2015). Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. *The Journal of psychology*, 149(1-2), 63–84. <https://doi.org/10.1080/00223980.2013.838540>
- Coleman, J. M. & Fults, B. A. (1982). Self-concept and the gifted classroom: The role of social comparisons. *Gift. Child Q.*, 26, 116–120. <https://doi.org/10.1177/0016986282026003>

- Collado-Díaz, A., Chamizo-Sánchez, I., Ávila-Herrero, I., Martín-Asencio, A., Revert-Cabanes, À. & Sánchez-Fernández, A. (s.f.). *Protocolo de Evaluación e Intervención en Autoestima*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. & Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con Dependencia Afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 81-90.
- Echeburúa, E. & Del Corral, P. (1999). Avance en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(102), 585-614.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A. & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. *Body image*, 9(1), 68–75.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.007>
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S. & Taylor, P. J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 221, 172–183.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.027>
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos?. *Clínica y Salud*, 22, 201-204.
<https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., van den Berg, P. & Eisenberg, M. E. (2008). Longitudinal and secular trends in weight-related teasing during adolescence. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16 Suppl 2, S18–S23. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.447>

- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M. & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(3), 347–363. <https://doi.org/10.1111/obr.12634>
- Iwata, B. & Worsdell, A. (2005). Implications of Functional Analysis Methodology for the Design of Intervention Programs. *Exceptionality*, 13(1), 25–34. https://doi.org/10.1207/s15327035ex1301_4
- Izquierdo, S. A. & Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7, 81–91.
- Jaller, C. & Lemos, M. (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 77–83.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117–127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kleiman, E. M. & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34(1), 42–49. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>
- Knee, C., Bush, A., Canevello, A. & Cook, A. (2008). Relationship-contingent self-esteem and the ups and downs of romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 608–627. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.608>
- Lemos, M. & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.
- Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H. & Zapata Echavarría, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55–69.

- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J. & Heaven, P. (2014). Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child development*, 85(3), 1275–1291. <https://doi.org/10.1111/cdev.12176>
- Massenzana, F. B. (2017). Autoconcepto y autoestima: ¿sinónimos o constructos complementarios? *PSOCIAL*, 3, 39–52.
- McKay, M. & Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Mayúscula.
- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2010). Body Image and Self-Esteem Across Age and Gender: A Short-Term Longitudinal Study. *Sex Roles*, 63(9-10), 672–681. <https://doi.org/10.1007/S11199-010-9813-3>
- Mischke, K. (2022). 'I'm a million times more confident now': Body dissatisfaction, body projects, and self-concept repair. *Journal of Contemporary Ethnography*, 51(4), 587–613. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/08912416211070622>
- Moral, M. V. & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: Etiología clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 151-167.
- Moral, M. & Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230-240.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., & Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical psychology review*, 54, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Mountford, V. A. & Koskina, A. (2015). *Body Image. Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_74-1

- Murphy, C. M., Meyer, S.-L. & O'Leary, K. D. (1994). Dependency characteristics of partner assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 729–735. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.729>
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 39*(2), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Pardo Cebrián, R. & Calero Elvira, A. (2019). Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 29*(2), 198–212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1341655>
- Philippi, S. T. & Leme, A. (2018). Weight-teasing: does body dissatisfaction mediate weight-control behaviors of Brazilian adolescent girls from low-income communities? *Cadernos de saude publica, 34*(6), e00029817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029817>
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica, 11*(2), 267-284.
- Rieger, S., Gollner, R., Trautwin, U. & Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology, 110*, 16-22. <https://doi.org/10.1037/pspp0000037>
- Rodríguez Naranjo, C. & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*(3), 389-403.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Sánchez-Sicilia, A. & Cubells, J. (2019). Discurso amoroso adolescente: Análisis del repertorio del amor romántico en el programa chicos y chicas. *Athenea Digital*, 19(2), 1-31. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2429>
- Schaeffer, B. (1998). *¿Es Amor o es adicción?*. Barcelona: Apóstrofe.
- Secades, R. & Fernández J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Siabato, E. & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.
- Skinner, B. F. (1966). What is the experimental analysis of behavior? *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 9(3), 213.
- Svensson, T. & Randall, W. (2003). Autobiography. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (pp. 120). SAGE Publications.
- Tiggemann M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: prospective findings. *Body image*, 2(2), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.006>
- Urbiola, I., Estévez, A., & Iraurgi, I. (2014). Dependencia Emocional en el Noviazgo de Jóvenes y Adolescentes (DEN): Desarrollo y validación de un instrumento. *Ansiedad y Estrés*, 20(2–3), 101–114.
- Warr, P. & Jackson, P. (1983). Autoestima y desempleo entre trabajadores jóvenes. *Le Travail Humaine*, 46(2), pp. 355-366.

- Wichstrom L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 603–610. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200005000-00014>
- Wigman, S. J. A., Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2008). Investigating sub-groups of harassers: The roles of attachment, dependency, jealousy and aggression. *Journal of Family Violence*, 23, 557-568. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9171-x>
- Wilson, O. W. A., Jones, H., Mama, S. K., Guthrie, H., Papalia, Z., Duffey, M., & Bopp, M. (2021). Female college student weight perception discordance. *Journal of American college health: J of ACH*, 69(1), 23–29. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1645678>
- Zanón, I. O., Matías, T. L., Luque, A. G., Moreno-Agostino, D., Aranda, E. R., Morales, C. P., García, M. T. & Márquez-González, M. (s.f.). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano: Facultad de Psicología*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

9. Anexos

Anexo 1. Documento de consentimiento informado.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO
PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Expediente: _____

Madrid ____/____/____

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

Nombre: _____ Apellidos _____
DNI: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Provincia: _____ CP _____
Nº de teléfono: _____ Email: _____

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por _____ para los siguientes fines:
 - **Prestación del servicio (1)**
 - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
 - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte pape/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos.
 - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
 - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
 - **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
 - **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (3):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
 - **Elaboración de estadísticas (4)**
- La licitud del tratamiento se basa en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de _____ (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.
- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 1 año. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.

1

- garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a
También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos.

Leída la información anterior, Dº/D _____, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de sus datos personales conforme a los términos anteriormente expresados para

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prestación de servicios (1) | <input type="checkbox"/> Comunicaciones comerciales (2) |
| <input type="checkbox"/> Grabación anónima (3) | <input type="checkbox"/> Elaboración de estadísticas (4) |

Firma:

CONDICIONES DE TERAPIA:

Para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 50 minutos las sesiones individuales y 70 minutos las sesiones de pareja**. Por ello se ruega puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.
- En caso de **dificultad para asistir a una sesión confirmada** por causa justificada, deberá **avisarlo con al menos 24 horas** de antelación llamando al centro o escribiendo al correo electrónico. Se buscará una fecha con el terapeuta para recuperarla. La sesión se podrá recuperar en los próximos 30 días naturales.
En ausencia de aviso la sesión no será recuperable.
- **Existen dos formas de pago:**
 - o Pago mensual
 - o Sesiones aisladas

El pago mensual incluye 4 sesiones al mes. En el caso de querer tener más sesiones ese mes, se puede abonar por separado, a un precio reducido.

- El **pago se realizará del 1 al 5 del mes corriente en el que se realice la terapia**. Se podrá pagar en efectivo o por domiciliación bancaria. Se pasarán los recibos mensuales a la cuenta facilitada por el pagador. Un mes de retraso en el pago supone la paralización temporal de la terapia hasta su regularización.

Las sesiones aisladas se abonarán al finalizar la sesión en recepción en caso de abonarse en efectivo, o por adelantado en caso de realizarse por banco.

¿Cómo ha conocido el centro?

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros:

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,
(Firma)

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:

Identificador del acreedor:

Nombre del acreedor:

Dirección:

País:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

La devolución de un recibo conlleva el pago por parte del cliente de los gastos de gestión (10€). Por ello, es preferible avisar al Centro y pedir cancelar la orden de domiciliación, en vez de devolver el recibo.

La cancelación de la orden de domiciliación buscaría se puede hacer escribiendo al Centro con al menos 5 días de antelación antes de comenzar el siguiente mes.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del cliente:

Dirección del cliente:

Código postal: Población: Provincia:

DNI/NIF:

Número de cuenta IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)

Tipo de pago Pago recurrente Pago único

Fecha:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

Anexo 2. Sesiones de evaluación.

Tabla A1

Sesiones de evaluación, progreso de la sesión y técnicas de evaluación empleadas

Número de sesión	Progreso de la sesión	Técnicas de evaluación empleadas
<i>Primera sesión</i>	Primer contacto con la consultante, creación de vínculo terapéutico y recogida de información inicial sobre dependencia emocional. Explicación del modelo de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Historia biográfica • Autorregistro de malestar
<i>Segunda sesión</i>	Revisión de tareas (historia biográfica y autorregistro de malestar) y continuación con la recogida de información sobre dependencia emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Autorregistro de malestar
<i>Tercera sesión</i>	Revisión de tareas (autorregistro de malestar) y continuación con la recogida de información sobre dependencia emocional. Inicio de la evaluación de autoestima e imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Inventario del concepto de sí mismo (McKay & Fanning, 1991)
<i>Cuarta sesión</i>	Revisión del inventario del concepto de sí mismo (McKay & Fanning, 1991) y devolución del análisis funcional, con el posterior establecimiento de objetivos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Devolución del análisis funcional

Anexo 4. Historia biográfica propia del Centro Psicológico.

HISTORIA BIOGRÁFICA

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Describe los)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Describe los)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____

REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

- ° Alcohol: Pasado _____ Actual _____
- ° Tabaco: Pasado _____ Actual _____
- ° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____
- ° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

Anexo 5. Inventario del concepto de sí mismo de McKay y Fanning (1991).

Inventario del concepto de sí mismo

(McKay y Fanning, 1991)

Escriba el mayor número posible de palabras o frases que pueda para describirse en las siguientes áreas:

1. *Aspecto físico.* Incluye las descripciones de su altura, peso, aspecto facial, cualidad de la piel, pelo, tipo de indumentaria, así como descripciones de zonas corporales específicas como su cuello, pecho, cintura y piernas.
1. *Cómo se relaciona con los demás.* Incluye descripciones de sus dotes y debilidades en las relaciones íntimas y en las relaciones con los amigos, la familia y colaboradores, así como de la forma de relacionarse con extraños en diferentes marcos sociales.
2. *Personalidad.* Describa sus rasgos de personalidad positivos y negativos.
3. *Cómo le ven los demás.* Describa los dotes y debilidades que perciben su familia y amigos.
4. *Rendimiento en la escuela o trabajo.* Incluya la descripción de la forma que afronta las principales tareas en la escuela o centro de trabajo.
5. *Ejecución de las tareas cotidianas.* Pueden incluirse descripciones de áreas como higiene, salud, mantenimiento de su entorno vital, preparación de alimentos, cuidado de sus hijos, y cualquier otra forma de cuidado de las necesidades personales o familiares.
6. *Funcionamiento mental.* Se incluye aquí la valoración de lo bien que razona y resuelve problemas, de su capacidad de aprender y crear, de su cultura general, sus áreas de conocimientos especiales, la formación particular, intuición, etc.
7. *Sexualidad.* Cómo se percibe y siente a sí mismo como persona en el ámbito sexual.

Cuando haya concluido usted el inventario, vuelva atrás y ponga un signo positivo (+) en los apartados que representan las dotes o las cosas que le gustan de usted. Ponga un signo negativo (—) en los apartados que considera debilidades o le gustaría cambiar. No marque nada en los apartados que considera neutrales, las observaciones fácticas sobre sí mismo.

INVENTARIO DEL CONCEPTO DE SÍ MISMO

Señala los aspectos positivos y negativos en cada una de las áreas exploradas por orden de mayor a menor importancia.

Indica por orden las áreas a las que concedes más importancia o que te resultan más preocupantes. Para ello, pon el número correspondiente en la casilla de la primera columna.



AREAS A EXPLORAR		¿QUÉ ASPECTOS ME DEFINEN?	
Importancia	Área	Aspectos positivos	Aspectos negativos
	Apariencia física	+ + +	- - -
	Relación con los demás	+ + +	- - -
	Personalidad	+ + +	- - -
	Cómo me ven los demás	+ + +	- - -
	Rendimiento académico/laboral	+ + +	- - -
	Tareas cotidianas	+ + +	- - -
	Funcionamiento mental	+ + +	- - -
	Sexualidad	+ + +	- - -



Anexo 6. Sesiones de tratamiento.

Tabla A2

Sesiones de tratamiento, objetivos tratados y técnicas de intervención empleadas

Número de sesión	Objetivos trabajados	Técnicas de intervención empleadas
<i>Quinta sesión</i>	Gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la rumia • Parada del pensamiento con entrenamiento en autoinstrucciones
<i>Sexta sesión</i>	Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre pensamientos (rationales e irracionales)
<i>Séptima sesión</i>	<p>Gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja.</p> <p>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moldeamiento verbal (pensamientos irracionales sobre la pareja) • Parada del pensamiento con entrenamiento en autoinstrucciones
<i>Octava sesión</i>	<p>Gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja.</p> <p>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moldeamiento verbal (pensamientos irracionales sobre la pareja) • Autorregistro de momentos agradables del día

Número de sesión	Objetivos trabajados	Técnicas de intervención empleadas
<i>Novena sesión</i>	<p>Gestionar las preocupaciones recurrentes en el ámbito de pareja.</p> <p>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</p> <p>Ampliar el repertorio de actividades agradables y expresión emocional en contextos diferentes al de pareja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moldeamiento verbal (pensamientos irracionales sobre la pareja) • Psicoeducación sobre el amor romántico • Autorregistro de momentos agradables del día • Activación conductual
<i>Décima sesión</i>	<p>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</p> <p>Ampliar el repertorio de actividades agradables y expresión emocional en contextos diferentes al de pareja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación mitos sobre el amor romántico • Autorregistro de momentos agradables del día • Entrenamiento en autorrefuerzo
<i>Undécima sesión</i>	<p>Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico.</p> <p>Ampliar el repertorio de actividades agradables y expresión emocional en contextos diferentes al de pareja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moldeamiento verbal (mitos sobre el amor romántico) • Activación conductual

Número de sesión	Objetivos trabajados	Técnicas de intervención empleadas
<i>Duodécima sesión</i>	Ajustar expectativas sobre la relación de pareja y creencias del amor romántico. Reducir o eliminar comprobaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Moldeamiento verbal (mitos sobre el amor romántico) • Psicoeducación sobre ansiedad • Exposición con prevención de respuesta
<i>Decimotercera sesión</i>	Reducir o eliminar comprobaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta
<i>Decimocuarta sesión</i>	Reducir o eliminar comprobaciones. Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta • Inventario del concepto de sí mismo (McKay & Fanning, 1991)
<i>Decimoquinta sesión</i>	Reducir o eliminar comprobaciones. Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta • Psicoeducación sobre autoestima
<i>Decimosexta sesión</i>	Reducir o eliminar comprobaciones. Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta • Entrenamiento en autoinstrucciones (valoraciones positivas sobre sí misma)
<i>Decimoséptima sesión</i>	Reducir o eliminar comprobaciones. Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición con prevención de respuesta • Moldeamiento verbal (pensamientos irracionales en la valoración personal)

Número de sesión	Objetivos trabajados	Técnicas de intervención empleadas
<i>Decimoctava sesión</i>	Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.	<ul style="list-style-type: none"> Recordatorio del análisis funcional en relación al área de autoestima e imagen corporal
<i>Decimonovena sesión</i>	<p>Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.</p> <p>Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación sobre imagen corporal y el peso Biblioterapia
<i>Vigésima sesión</i>	<p>Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.</p> <p>Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Moldeamiento verbal (creencias relacionadas con la gordura y la delgadez), junto con pruebas de evidencia
<i>Vigesimoprimera sesión</i>	<p>Aprender a valorarse a sí misma de manera ajustada.</p> <p>Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en autoinstrucciones (mensajes de las lecturas enviadas) Exposición con prevención de respuesta
<i>Vigesimosegunda sesión</i>	Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta
<i>Vigesimotercera sesión</i>	Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta
<i>Vigesimocuarta sesión</i>	Reducir el malestar que le genera su propio cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta

Anexo 7. Autorregistro de momentos agradables y autorrefuerzo.

AUTORREGISTRO DE AUTORREFUERZO

AREA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
FAMILIA							
AMISTAD							
PAREJA							
TRABAJO							
ACADÉMICO							
HOBBIES							
AUTOCUIDADO							

Anexo 8. Jerarquía de exposición para la disminución/eliminación de conductas de comprobación en la relación de pareja.

- 1) Su pareja está de guardia mientras ella está con sus amigas.
- 2) Su pareja está con sus amigos y/o amiga mientras ella está con sus amigas.
- 3) Notar raro a su pareja mientras están juntos físicamente.
- 4) Notar raro a su pareja cuando no están juntos físicamente.
- 5) Haber discutido con su pareja estando juntos físicamente.
- 6) Haber discutido con su pareja cuando no están juntos físicamente.

Anexo 9. Material complementario a la psicoeducación en autoestima e imagen corporal.

- Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo, de Rosa María Raich
- Psiconutrición: aprende a tener una relación saludable con la comida, de Griselda Herrero y Cristina Andrades

Anexo 10. Jerarquía de exposición al propio cuerpo.

- 1) Estar desnuda con su pareja tumbada boca arriba o boca abajo.
- 2) Estar desnuda sola tumbada boca arriba o boca abajo.
- 3) Estar en bikini con amigas más gordas que ella.
- 4) Verse desnuda o en ropa interior de pie en el espejo.
- 5) Ducharse y moverse desnuda estando por casa con su pareja.
- 6) Moverse desnuda estando por casa sola.
- 7) Ducharse sola.
- 8) Desnudarse delante de alguien que no la ha visto antes desnuda.
- 9) Estar desnuda sentada sola.
- 10) Que le toquen el estómago cuando no está tumbada.
- 11) Estar tumbada de lado, desnuda y encontrándose con alguien.
- 12) Estar desnuda sentada con alguien.
- 13) Estar desnuda o en bikini sentada frente a otras personas sin vestirse rápido ni taparse con la toalla.