



**Universidad  
Europea MADRID**

## **Intervención en un caso de violencia de género con síntomatología depresiva.**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

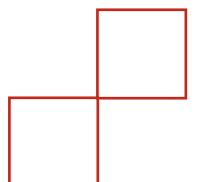
Autor/a Blanca Guerrero Sejas

Tutor/a Enrique Gallego Granero

2021-2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



**Agradecimientos**

*A Gloria Chanivet, profesional de la psicología clínica por su enorme implicación con el estudio clínico tanto a nivel teórico como práctico de la cual he podido aprender como a través de la constancia, el esfuerzo, la motivación, la confianza y el humor se pueden obtener grandes avances tanto a nivel personal como profesional y a Enrique Gallego por su apoyo y aportaciones realizadas para sacar el máximo provecho al trabajo.*

**Resumen**

El presente estudio clínico analiza las consecuencias psicológicas que presenta en la actualidad una paciente, a la que vamos a hacer referencia con el nombre de “Almudena”, con historia de violencia de género y relaciona la experiencia de maltrato y la indefensión aprendida con el desarrollo de sintomatología depresiva, baja autoestima, dificultad para la toma de decisiones, inseguridad, así como en el establecimiento de patrones de relación dependientes basados en la sumisión y evitación de conflictos interpersonales. La paciente acude voluntariamente a consulta en septiembre de 2021 refiriendo sentir mucha inseguridad, presencia de ataques de ansiedad y sintomatología depresiva. Se le prescribe dumiros, un antidepresivo que ha intentado dejar en varias ocasiones, pero refiere dificultades en conseguirlo. El tratamiento terapéutico se realiza desde una perspectiva integradora incluyendo el modelo Cognitivo-Conductual, Terapias de Tercera Generación (Aceptación y Compromiso, Activación Conductual) y Humanismo. La intervención gira en torno a la regulación emocional y aumento del estado de ánimo, seguridad y autoestima, mejora de las habilidades sociales, práctica en la solución de problemas, aumento de actividades gratificantes y orientación hacia valores personales. El plan terapéutico incluye dos fases diferenciadas, una de evaluación y otra de intervención encontrándose en la decimocuarta sesión. A día de hoy la paciente continúa en tratamiento. Los resultados de la intervención ponen de manifiesto una mejora en el plano emocional y laboral poniendo en práctica estrategias de solución de problemas y de regulación emocional en su día a día. En las próximas sesiones es importante continuar trabajando con poner límites a terceros, aumentar la asertividad y fortalecer el autoconcepto y la autoconfianza.

**Palabras clave:** ansiedad, dependencia emocional, dependencia instrumental, depresión, violencia de género, bajo estado de ánimo.

**Abstract**

This clinical study analyzes the psychological consequences of suffering gender-based violence in a patient whom we are going to call "Almudena". She presents depressive symptomatology, low self-esteem, difficulty in making decisions, insecurity and emotional and instrumental dependency. The patient voluntarily came to the consultation in September 2021. The patient has symptoms of insecurity, anxiety attacks, depressive symptomatology, low self-esteem, difficulty making decisions and perception of low social and family support. Pharmacological treatment with antidepressants was prescribed (Dumirox), but she can't stop it. She is currently. She is divorced for sixteen years and she has three daughters and five grandchildren. This is the first time she has been in therapy. The therapeutic treatment was carried out under Integrative Therapy at the service of the patient needs based on Cognitive-behavioral, Third Generation therapies (Acceptance and Commitment Therapy and behavioral activation) and Humanism. The therapeutic plan has included evaluation and treatment applying techniques of emotional regulation and increased mood, security and self-esteem, improvement of social skills, practice in problem solving, increase in rewarding activities and orientation towards personal values. In the present she is fourteen sessions and continues in treatment.

**Keywords:** anxiety, depression, emotional dependency, gender violence, instrumental dependency, low mood.

## Índice

<b>1.</b>	<b>Marco teórico.....</b>	<b>1-13</b>
1.1.	Conceptualización violencia de género.....	6
1.2.	Tipología.....	6-7
1.3.	Prevalencia.....	7-8
1.4.	Factores de riesgo.....	8-10
1.5.	Consecuencias psicológicas .....	10-11
1.6.	Dependencia emocional vs. Dependencia instrumental.....	11-12
1.7.	Tratamientos empíricamente validados.....	12-13
<b>2.</b>	<b>Estudio de caso.....</b>	<b>14-55</b>
2.1	Identificación del paciente y motivo de consulta .....	14-15
2.2	Estrategias de evaluación.....	16-20
2.3	Formulación Clínica del caso.....	19-31
2.3.1	Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento).....	19-25
2.3.2	Análisis Funcional.....	25-31
2.4	Tratamiento.....	31-41
2.5	Valoración del tratamiento.....	41-47
2.6	Discusión y conclusiones.....	47-54
<b>3.</b>	<b>Referencias.....</b>	<b>56-59</b>
<b>4.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>60-62</b>

## 1. Marco teórico

### 1.1. Conceptualización

En primer lugar, es necesario abordar qué entendemos por violencia de género. En este sentido, según el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, se define la violencia de género como: “violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia” (BOE, 2021, p. 10). A nivel internacional la Organización de Naciones Unidas [ONU], (1993) propone la siguiente definición: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (p. 3).

### 1.2. Tipología

En cuanto a la clasificación de los tipos de violencia de género nos encontramos con cuatro áreas principales: la violencia física, psicológica, sexual y la violencia económica (Soletto et al., 2015). En primer lugar, el maltrato psicológico se refiere a la limitación de la autonomía de la víctima, incrementando su dependencia e impidiendo su desarrollo personal. El objetivo principal es dominar y controlar a la víctima. Todo ello se hace a través de insultos, amenazas, ruptura de objetos etc. El comienzo es sutil y va aumentando de forma gradual. En segundo lugar, tenemos el maltrato físico que suele aparecer en el marco de una escalada de agresividad que se pone de manifiesto bajo una discusión, en la que el agresor

tiene la sensación de perder el control y utiliza la violencia física como recurso intimidatorio para someter a la víctima. En tercer lugar, existe la violencia económica utilizada para hacer a la víctima aún más vulnerable y por último el maltrato sexual que se refiere a la imposición de cualquier tipo de relación sexual a través de amenazas, chantajes o manipulación.

### 1.3. Prevalencia

Según el Instituto Nacional de Estadística (2021) “el número de mujeres víctimas de violencia de género disminuyó un 8,4% en el año 2020, hasta 29.215. La tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años. El número de víctimas de violencia doméstica creció un 8,2%” (p. 1). Entendemos por violencia doméstica cualquier acto de violencia dentro del ámbito familiar, es decir, de un miembro de la familia a otro. Mientras que la violencia de género es de un hombre hacia una mujer (Soleto et al., 2015).

En la Macroencuesta sobre violencia de género del año 2019 especifican la prevalencia en función del tipo de violencia ejercida por una pareja actual o pasada distinguiendo también entre periodos temporales que son, a lo largo de toda la vida, en los últimos cuatro años (de 2016 a 2019) y durante el año 2019. Los tipos de violencia estudiados son la violencia física, sexual, psicológica emocional, psicológica de control y económica. Para la criba, aplican una serie de ítems de inclusión a las participantes. Los datos extraídos son de mujeres a partir de los 16 años y residentes en España. En relación a la violencia física, indican que un 11% de la población (2.234.567 mujeres) ha sufrido este tipo de violencia alguna vez en su vida y que el 3% (618.279 mujeres) de las mujeres lo han sufrido durante los últimos cuatro años del estudio y un 1% durante el año 2019 (194.478 mujeres). La violencia sexual ejercida por alguna pareja actual o pasada

aparece en un 8,9% de los casos (1.810.948 mujeres), durante los últimos cuatro años en un 2,9% (585.629 mujeres) y el 1,3% (269.852 mujeres) para el año 2019. Los datos relacionados con la violencia psicológica emocional reflejan que el 23,2% (4.744.106) de las mujeres lo han sufrido con alguna pareja actual o pasada, el 9,9% (2.014.707 mujeres) afirma haberla sufrido en los últimos cuatro años y el 5,4% (1.101.661 mujeres) durante el año 2019. La violencia psicológica de control aparece aún con más frecuencia. Un 27% (5.500.704 mujeres) ha sufrido alguna vez este tipo de violencia, un 11,8% (2.413.478 mujeres) durante los últimos cuatro años y un 6,6% (1.355.620 mujeres) durante el año 2019. Finalmente, la violencia económica está presente en un 11,5% (2.350.684 mujeres) de los casos del primer nivel, en el 4% (825.179 mujeres) durante los últimos cuatro años y en el 2% (407.793 mujeres) durante el año 2019.

López e Inglada-Pérez (2017) realizan un estudio sobre la situación actual en España de la violencia de género en función de los distintos tipos de maltrato centrándose en la violencia física, violencia psicológica emocional y psicológica de control concluyendo que la violencia psicológica de control está más presente en las mujeres más jóvenes, mientras que la violencia emocional se mantiene prácticamente invariante hasta los 54 años.

Otro dato relevante es la variabilidad en el tipo de maltrato en cuanto a la situación laboral de la mujer. La violencia de control afecta más a estudiantes que a cualquier otro tipo de situación y la violencia física/sexual y emocional afecta más a las mujeres paradas (López e Inglada-Pérez, 2017).

#### **1.4. Factores de riesgo**

No existe un perfil claro en cuanto a las características sociodemográficas de la víctima ya que el fenómeno de la violencia de género puede afectar a mujeres de todas las edades, clases sociales, cultura



o nivel económico como señalan Brown, Root y Walker (citados en Soletto et al., 2015). No obstante, Echeburúa y Redondo (2010) enumeran una serie de factores que pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer como emparejarse muy joven, que el nivel cultural sea bajo, que exista una dependencia económica del agresor, haber sido víctima de malos tratos durante la infancia, presentar carencias afectivas, que la autoestima sea baja, pertenecer a un entorno de exclusión social o no contar con apoyo familiar y social.

Puente-Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa y Páez-Rovira (2016) realizan un metaanálisis sobre los principales factores de riesgo. En el nivel macrosocial destacan: falta de educación, desarrollo económico pobre del país, carencia en derechos sociales y políticos, baja autonomía de las mujeres y la baja democratización del estado. Entre los factores de riesgo comunitarios la menor edad, tener ingresos bajos y haber sido testigo y víctima de agresión en la infancia se asociaron débilmente con ser víctima de violencia. Además, Riggs et al., Stith et al., Sugarman y Hotaling (citados en Puente-Martínez et al., 2016) detectan una relación entre presentar o experimentar violencia familiar en la infancia y la violencia de género.

Entre los factores de protección Villareal (2007) destaca el desarrollo económico de la sociedad, la adquisición de los derechos políticos y sociales por parte de las mujeres y el acceso al trabajo y educación, lo que incrementa la autonomía y la posibilidad de escapar de la situación de violencia.

En cuanto a los factores internos, las emociones que se suelen presentar en la mujer que sufre violencia pueden actuar como reforzadores y mantenedores de la relación. Por un lado, el miedo debilita a la víctima, influye en su autoestima y la hace más vulnerable como reflejan (Valor-Segura, Expósito y Moya

et al., 2010). Niedenthal, Krauth-Gruber y Ric (2006) explican que la tristeza es una emoción que frecuentemente se asocia al miedo y puede derivar en la depresión, la cual coloca a la víctima en una situación de indefensión y como fuente de irritación para el agresor. Además, la culpa genera una necesidad de reparación que conlleva a otras estrategias de afrontamiento como la negación y la reinterpretación cognitiva entre otras, para minimizar la gravedad de las acciones del agresor (Sheikh y Janoff-Bulman, 2010).

### **1.5. Consecuencias psicológicas: sintomatología depresiva y violencia de género**

La depresión se caracteriza principalmente por la presencia de un estado de ánimo bajo y/o la pérdida del interés o del placer (DSM 5, 2015). La depresión derivada de sufrir violencia de género puede surgir por cuatro factores. En primer lugar, por la continuada exposición de un suceso negativo e intenso durante un tiempo prolongado. En segundo lugar, se puede explicar a través del fenómeno de la indefensión aprendida propuesto por Seligman (1975) que se refiere a que la víctima es expuesta a un evento negativo que no es capaz de controlar a pesar de existir intentos de solución del problema. Finalmente aprende a que por mucho que haga no es capaz de modificar la situación y aparece un estado psicológico negativo caracterizado por pasividad, tristeza, apatía y en resumen al decremento de la capacidad de luchar o responder. Además Seligman (1975), define el concepto de la siguiente manera: “los experimentos de laboratorio sobre la indefensión producen tres tipos de déficit: disminuyen la motivación para responder, retrasan la capacidad para aprender que responder es efectivo y producen perturbaciones emocionales, principalmente depresión y ansiedad” (p. 13).

En tercer lugar, Campbell, Kub y Rose (1996), reflejan que puede deberse a un desarrollo negativo de la autoestima y el autoconcepto como consecuencia a la sensación frecuente de fracaso, a la consideración de su propia ineficacia y a la exposición repetida a desvalorizaciones y Walker (2009) expone que el agresor refuerza las creencias negativas de la víctima sobre sí misma aumentando el sentimiento de inseguridad. Además, es habitual que durante la violencia de género se desarrolle un estilo atribucional negativo interno que puede prolongarse incluso después de salir de la relación de maltrato (Soletto et al., 2015). En cuarto lugar, Labrador et al., (2004) añaden que existe una pérdida del desarrollo personal, de refuerzos externos y actividades gratificantes debido al aislamiento. El aislamiento también tiene un papel importante en el incremento y cronificación de los síntomas depresivos ya que provoca que la víctima pierda posibles apoyos sociales, no aprenda habilidades básicas y sufra un deterioro en destrezas que antes sí poseía. También provoca un déficit en la solución de problemas, aumentando la inseguridad en la toma de decisiones y el bloqueo mental (Soletto et al., 2015).

En referencia a los factores de protección Buesa y Calvete (2013) evalúan el apoyo social percibido a nivel formal (instituciones) e informal (apoyo familiar, social y por una persona significativa) encontrando como más importante el apoyo percibido por una persona significativa y confirman la hipótesis de que la violencia de género se relaciona con presentar sintomatología depresiva.

### **1.6. Dependencia emocional vs. Dependencia instrumental**

La dependencia emocional se define como aquella “dependencia relacional entre dos sujetos no adictos. Se define como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico” y las características principales son:

posesividad, incapacidad para romper ataduras, voracidad de amor y sentimientos negativos como la culpa, el vacío o el miedo al abandono (Moral y Sirvent, 2007, p. 154). Castelló (2005) la define como “la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones” (p. 43). A este se le añaden aspectos importantes como la dependencia económica, la indefensión, la escasa capacidad de decisión o iniciativa y el miedo al abandono. Castelló (2005) también define la dependencia instrumental como aquella sensación de inseguridad que conduce a la búsqueda de apoyo para la toma de decisiones debido a la carencia en las propias capacidades y se diferencia de la emocional que se basa en lo puramente afectivo y en la búsqueda continua de relaciones de pareja. La primera aproximación de estos dos conceptos la realizó Heathers (1955): la dependencia instrumental incluye la falta de autonomía, inseguridad, falta de iniciativa, búsqueda de apoyo social debida a la indefensión y por una escasa capacidad para tomar decisiones o asumir responsabilidades. En el caso de la dependencia emocional, la relaciona con un componente puramente afectivo. Otra diferenciación es que la instrumental requiere cercanía física, mientras que en la emocional no. Además, el dependiente instrumental puede sentirse protegido con otros vínculos no necesariamente el afectivo-sexual. La dependencia emocional e instrumental no se consideran trastornos propiamente dichos, pero su mayor aproximación en el ámbito de la psicología clínica es el “trastorno de personalidad dependiente” (Castelló, 2005).

### **1.7. Tratamientos empíricamente validados**

Tal y como exponen Milán, París, Anguiano y Piñero (2019), generalmente las áreas principales de trabajo con una mujer víctima de violencia de género son: la autoestima y el empoderamiento, las habilidades

sociales y la asertividad, la resolución de conflictos y toma de decisiones, la sexualidad y la prevención ante futuras relaciones.

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de mujeres víctimas de violencia de género y sintomatología depresiva. Matud, Fortes y Medina (2014) tras aplicar un tratamiento cognitivo-conductual a 98 mujeres víctimas de violencia de género se disminuyó la sintomatología depresiva de un 47,4% al 2,8% de la muestra. Las técnicas utilizadas son la reestructuración cognitiva, técnicas de manejo del estrés, entrenamiento en relajación, psicoeducación sobre autoestima y autoeficacia, aumento de actividades gratificantes y autocuidado, entrenamiento en técnicas asertivas y comunicación y entrenamiento en solución de problemas principalmente. Resultados similares obtuvieron Matud, Padilla, Medina y Fortes (2016) al realizar una intervención grupal desde la terapia cognitivo-conductual en una muestra de 72 mujeres obteniendo una mejora significativa en el estado de ánimo y una reducción general de la sintomatología depresiva.

En el marco de las terapias contextuales, Vaca, Ferro y Valero (2020) aplican un programa específico para la intervención con mujeres maltratadas combinando la terapia analítico funcional, la terapia de aceptación y compromiso y la activación conductual obteniendo resultados satisfactorios para la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva, riesgo de suicidio y el aumento de la apertura hacia los demás. Los objetivos de dicho tratamiento son la validación emocional, la aceptación de los pensamientos y emociones negativas enfatizando en las conductas, aumentar contextos que propicien el reforzamiento positivo a conductas adaptativas, establecer nuevas reglas o interpretaciones ante las situaciones y guiar en torno a valores y lo que es importante para ellas. Las mujeres que acudieron a más del 80% de las

sesiones presentan mejoría, de 74 mujeres seleccionadas solamente 21 aceptaron participar y de ellas solo 8 acudieron a más del 80%.

La activación conductual es otra línea de intervención dentro de las terapias contextuales que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la depresión como defienden Houghton, Curran y Saxon (2008) que tras aplicar una intervención grupal a una muestra de 42 pacientes con síntomas depresivos de diferente intensidad observaron una disminución significativa de la sintomatología depresiva.

## **2. ESTUDIO DE CASO**

### **2.1 Identificación del paciente y motivo de consulta**

“Almudena” es una mujer de 64 años que reside en la comunidad de Madrid. Está divorciada y tiene tres hijas y cinco nietos. Estuvo casada durante 28 años, en los cuáles existió una dinámica de violencia de género, sobre todo violencia psicológica, económica y en ocasiones sexual. A raíz del primer episodio de violencia física, tomó la decisión de comenzar el proceso de divorcio, aunque ya lo había valorado previamente.

Se encuentra en situación de desempleo y en búsqueda activa de empleo. Su situación económica es inestable lo que le genera diversas preocupaciones. Ha tenido diversos trabajos no cualificados (empleada del hogar, dependienta...) y su nivel de estudios es el obligatorio.

En cuanto a las relaciones familiares y sociales, tiene un vínculo muy estrecho con la menor de sus hijas, la cual es una fuente de seguridad y protección para ella, aunque anhela una mayor atención por parte de las tres hijas. Por otro lado, tiene un grupo de amigos de la zona con los que queda habitualmente, aunque refiere dificultades a la hora de relacionarse, poner límites y expresar su punto de vista.

A nivel clínico es la primera vez que acude a tratamiento psicológico a pesar de presentar sintomatología depresiva desde la adolescencia, momento en el cuál comenzó a tomar medicación. Mantiene la toma del antidepresivo (dumirox) el cuál quiere abandonar. Presenta sintomatología depresiva con bajo estado de ánimo, falta de energía, baja motivación, dificultad para la toma de decisiones, baja autoestima e inseguridad. Demanda aumentar la seguridad en sí misma y la autoestima, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, los sentimientos de culpa y la medicación. Para ello se trabajan las habilidades sociales, sobre todo asertividad, la regulación emocional (identificación y manejo de las emociones) y la orientación de la paciente hacia sus valores ajustándose al momento vital.

## 2.2 Estrategias de Evaluación

El método de evaluación consiste en un modelo multimétodo en el que se combinan distintas técnicas para la obtención de información: la entrevista semiestructurada, el cuestionario AF-5 autoconcepto, línea de vida por áreas y pruebas específicas diseñadas específicamente para la paciente.

La base de la recogida de información es la entrevista semiestructurada que se realiza a lo largo de todo el proceso de evaluación, haciendo énfasis en las tres primeras sesiones, en las cuales se recaba información relevante por áreas: familiar, social, laboral, historia de vida y personal, incluyendo en esta última, características de personalidad, sintomatología actual y pasada, motivaciones y objetivos a corto, medio y largo plazo. A lo largo de su infancia y adolescencia, Almudena se ha desarrollado en un entorno de invalidación emocional, sobreprotección e infravaloraciones por parte de sus figuras de apego, los cuales realizaban comentarios como “Almu no sirve para nada” que han propiciado un desarrollo de la autoestima y del autoconcepto negativo y basado en la opinión de terceros propiciando el desarrollo de una personalidad dependiente. Además, por modelado ha aprendido que la forma de gestionar las emociones y resolver los problemas es callando o no haciendo nada, que es la forma en la que se comportaba su padre. Esto se reforzó en una ocasión en la que la paciente decide contar que su tío se sobrepasó con ella y nadie la creyó. Por lo tanto, las contingencias del contexto aumentaron la probabilidad de que “Almudena” en el futuro cuando tenga un problema tome la decisión de callarse en lugar de exponerlo para evitar conflictos. Más tarde, Almudena conoce a la pareja con la que permanece más de 20 años casada y con la que sufre los cuatro tipos de maltrato descritos por Soletto et al., (2015): psicológico, sexual, económico y finalmente físico. Este último fue el punto de inflexión que conduce a



Almudena a comenzar el proceso de divorcio a pesar de haberlo considerado desde hace mucho más tiempo. En este caso se aprecian cinco de los ocho factores de riesgo propuestos por Echeburúa y Redondo (2010) que aumentan la vulnerabilidad de la víctima: emparejarse muy joven, depender económicamente del agresor, mostrar carencias afectivas, baja autoestima y no contar con una red de apoyo familiar y social. En este último cabe destacar el contexto histórico de la víctima, pues comenzó su relación a mediados de los setenta, momento en el cuál muchas conductas del agresor estaban normalizadas socialmente. La experiencia de maltrato ha desencadenado el fenómeno de la indefensión aprendida propuesto por Seligman (1975) que unido a su experiencia previa de aprendizaje durante su infancia y adolescencia provoca carencias tanto en la resolución de problemas como en las habilidades sociales y que actualmente le genera sufrimiento sobre todo en el área familiar (dependencia emocional e instrumental), social (falta de asertividad y en poner límites) y laboral (escasas estrategias de búsqueda y alternativas).

En cuanto a la sintomatología actual, los resultados de la entrevista permiten concluir la presencia de sintomatología depresiva: tristeza, falta de motivación, insomnio, pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad y pensamientos relacionados con la muerte (miedo a morir). Cabe destacar también los rasgos de dependencia emocional e instrumental estudiados por diversos autores como Castelló (2005) o Sirvent (2007) puesto que influye tanto en la toma de decisiones diaria como en la visión de sí misma ya que suele considerar como verdad la opinión de los demás por encima de la suya. A partir de aquí se comienzan a explorar los miedos de la paciente y se encuentra que existe un gran miedo al rechazo y miedo a enfermar o a morir que realmente a los que subyace el miedo a no vivir la vida que desea vivir.

Los resultados indican un pobre autoconcepto y baja autoestima. Por lo tanto, se toma la decisión de aplicar el cuestionario AF-5 autoconcepto en la cuarta sesión:

- AF-5 Autoconcepto: este cuestionario se puede aplicar tanto en niños a partir de 10 años como en adultos. En cuanto a la fiabilidad al analizar todos los elementos a la vez, el coeficiente de consistencia es de 0,84 (García y Musitu, 2014). Esnaola, Rodríguez y Goñi (2011) replicaron el estudio original separando los resultados según el género, obteniendo un nivel de fiabilidad del 0,72 en la muestra de mujeres. Está compuesto por 30 ítems que evalúan 5 grandes áreas: la social, profesional, emocional, familiar y la física. El autoconcepto laboral se refiere a la percepción que tiene la persona sobre su propio desempeño laboral, el autoconcepto social a la calidad percibida sobre las relaciones sociales teniendo en cuenta por un lado su círculo social y las habilidades para mantenerlo como las habilidades sociales propias del individuo , el autoconcepto emocional tiene dos vertientes la percepción general de su estado emocional (por ejemplo, soy nervioso) y la segunda a situaciones específicas cuando a otra persona implicada tiene un rango superior (por ejemplo, me pongo nervioso cuando mi jefe me pregunta algo), el autoconcepto familiar está relacionado con la percepción sobre el rol dentro del sistema familiar y la integración en el mismo y por último el autoconcepto físico define el grado de satisfacción con el aspecto y la condición física (García y Musitu, 2014). Los resultados ponen de manifiesto un bajo autoconcepto sobre todo en las áreas emocional, social y laboral. En cambio, el autoconcepto físico se encuentra muy por encima de la media.

A partir de los resultados del cuestionario AF-5 Autoconcepto (ver Anexo A), se hace visible la necesidad de aumentar la información relacionada con el área laboral, puesto que es una de las áreas peor valoradas y de la que menos información se ha obtenido hasta el momento, por lo que en la séptima sesión se realiza una línea de vida laboral para ubicar temporalmente las distintas experiencias y conseguir información cualitativa de las mismas (ver Anexo B). Una de las principales preocupaciones de la paciente en la actualidad es su economía. Le resulta difícil encontrar trabajo y no ha cotizado los años suficientes para obtener la jubilación que desea y esto es una gran fuente de rumiaciones y ansiedad. A través de la línea de vida laboral se evalúan sus fortalezas y debilidades, así como las diversas experiencias que ha tenido con el objetivo de guiar y orientar a la paciente en la búsqueda de empleo o en las alternativas existentes.

Para continuar evaluando el autoconcepto, se ha creado una prueba específica e idiosincrática que se aplica en la sexta sesión y que incluye preguntas enfocadas a definir aspectos positivos y negativos de Almudena a la vez que se anima a expresar sus miedos y preocupaciones. La prueba consiste en el juego de la oca y en cada casilla aparecen frases tipo “mi mayor miedo es...” o “siempre se me ha dado bien...”. De esta manera se perfila el autoconcepto de la paciente.

Los resultados del cuestionario AF-5 autoconcepto reflejan un autoconcepto bajo en el área social, emocional y laboral. En comparación a su grupo normativo estos son los resultados obtenidos:

- Laboral: percentil 15.
- Social: percentil 5.
- Emocional: percentil 1.

- Familiar: percentil 35.
- Físico: percentil 93.

En cuanto al autoconcepto emocional, la paciente percibe ser incapaz de gestionar y regular su estado emocional. También percibe que tiene escasas habilidades sociales e indica que no es capaz de dar su opinión y que posee un gran miedo al rechazo y a la soledad. En el ámbito familiar se encuentra más integrada, pero también presenta dificultades a la hora de relacionarse.

Por otro lado, su situación laboral es una fuente de estrés añadido que empeora el avance en otras áreas. Se encuentra en un momento vital complicado para la búsqueda de empleo y posee una percepción baja sobre sus capacidades laborales lo que disminuye su motivación y herramientas necesarias para la búsqueda.

Por último, cabe destacar que el autoconcepto físico se encuentra muy por encima de la media. En esta línea es importante tener en cuenta que se ha basado en la opinión de los demás.

## **2.3 Formulación clínica del caso.**

### **2.3.1 Análisis psicológico del problema (origen y mantenimiento)**

Para entender el funcionamiento de la paciente a día de hoy se procede a la realización de la hipótesis de origen y mantenimiento, seguida de la elaboración del análisis funcional que dará paso al comienzo de la intervención.

En primer lugar, se explican las variables disposicionales en las cuales existe un mayor número de variables de aprendizaje/históricas y del contexto social.

#### Variables disposicionales

1. Biológico/organísmicas: tendencia a la introversión, toma de medicación para la sintomatología depresiva la cual refiere que quiere dejar, pero no puede.
2. Aprendizaje/históricas: contexto de invalidación emocional durante su etapa de desarrollo temprana, aprendizaje de que la evitación es la mejor estrategia para la resolución de problemas interpersonales, desarrollo de un autoconcepto negativo debido a la continuada exposición a contingencias negativas (descalificaciones, infravaloraciones...), historia de maltrato que disminuyó la probabilidad de experimentar contingencias positivas en diferentes contextos que propicien seguridad, habilidades sociales y autoconfianza y que reforzaron las creencias negativas sobre sí misma.
3. Contextual
  - 3.1 Físico: vivir sola, no disponer de vehículo propio para hacer todas las actividades que desearía como visitar a sus familiares o viajar.

- 3.2 Social: desvalorización por parte de familiares y amigos, bajo apoyo social durante la relación de maltrato, refuerzo de creencias negativas sobre sí misma por parte de otros (“no puedes...”, “no sabes...”), círculo de amigos tóxico en el que actualmente sigue sufriendo descalificaciones y bromas hirientes hacia ella.
- 3.3 Norma: “si digo lo que pienso realmente puede que me quede sola”, “para caer bien a los demás es mejor no crear problemas”, “mis hijas no me ayudan lo suficiente y deberían hacerlo sin que se lo pida”.

En segundo lugar, se expone la hipótesis de origen y mantenimiento de la problemática actual revisando los diferentes eventos que han ocurrido a lo largo de su vida y que han desencadenado las dificultades actuales.

#### Origen y mantenimiento

El origen de la problemática actual es multicausal. Por un lado, durante su infancia y adolescencia, la paciente ha crecido en un entorno en el que las personas de apego y los familiares más cercanos han realizado una serie de castigos positivos sobre la personalidad de la paciente, fomentando un desarrollo negativo de su autoconcepto con frases tipo “no vales para nada”, “esto no se te da bien”, “deberías callar antes de hablar”, “tu hermana lo hace muy bien, en cambio tú no” etc. Estas situaciones han generado malestar en el momento de aparecer y además se han generalizado a distintos contextos. Por ejemplo, en ocasiones en las que le llevan la contraria en calidad de debate, sin llegar a existir un conflicto serio o simplemente cuando otra persona tiene una opinión distinta a la suya, esto le genera tal malestar que le hace dudar de sí misma y le dificulta la toma de decisiones, llegando a decidir en base a la opinión

de los otros antes que la suya. Uno de los eventos más traumáticos para la paciente durante esta etapa ocurrió a la edad de seis años, momento en el que un vecino intentó abusar de ella en su propia casa. Finalmente consiguió escapar, pero en esta ocasión no dijo nada a su familia. Más adelante, ocurrió un episodio similar en su etapa adolescente, pero en este caso el agresor fue su tío. En este caso sí decidió contarle a la familia esperando ayuda por su parte y orientación, en cambio nadie la creyó originando numerosos conflictos familiares en los cuales se sentía muy incómoda e incomprendida llegando al punto de arrepentirse de haberlo dicho. En términos conductuales, el intento de abuso es un EI que genera una RI de malestar (miedo, angustia, frustración, tristeza...) y el hecho de no recibir apoyo de su familia es un EC que también genera malestar y que se generaliza a otros contextos en los que la paciente interpreta que no está recibiendo apoyo y ayuda por parte de sus seres queridos como por ejemplo: no tener contacto con sus hijas durante un tiempo, no recibir su ayuda cuando tiene un problema de la vida cotidiana como darse de alta en el paro, aunque ella no lo pida explícitamente. Este tipo de situaciones propicia la RC de malestar. Como menciona Seligman (1975) "la indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables" (p. 16). En este caso la paciente ha aprendido durante su vida que no hay respuesta posible ante las críticas de los demás, de manera que esto no solamente influye en la autoestima, sino que aprende a que no es posible "defenderse" y resolver los problemas por sí misma, de manera que este aprendizaje queda generalizado a diferentes contextos (laboral, social, familiar etc.). El modelo experimental que explica este fenómeno es el propuesto por Maier, Overmier y Seligman (1967) los cuales realizaron un experimento con perros en dos fases. En la primera, se sometía a los perros a descargas inescapables y en la segunda se les introducía en una caja de vaivén, en la que si era posible escapar de la descarga. No obstante, tras la

primera presentación los perros aprendieron que no es posible escapar ante la descarga y durante la segunda fase no emitieron ninguna respuesta de escape (indefensión aprendida).

Por otro lado, el sistema de respuesta aprendido por la paciente desde su niñez (callarse cuando tiene un problema y tender a dar la razón a los demás), aumenta la vulnerabilidad de propiciar y permanecer en una relación de maltrato ya que existe una tendencia previa a recibir críticas y asumirlas como ciertas, minimizando su propia postura y asumiendo que no hace las cosas bien y que los demás sí. Por lo tanto, ante la vivencia de diferentes tipos de maltrato (EI) ya sea psicológico (insultos, aislamiento social...) o económico (no dejar trabajar, controlar el dinero de la paciente...), sexual o físico han generado un alto grado de malestar (RI) que actualmente se ha generalizado a otras áreas de su vida (ECs): social, familiar, emocional y laboral, sobre todo. Por ejemplo, cuando otras personas le hacen bromas o le llevan la contraria (EC) la paciente responde con malestar interno (RC). Esto desemboca en una falta de habilidades sociales para poner límites y falta de asertividad. Otra de las grandes consecuencias de esta relación ha sido la proliferación de numerosos miedos (a la muerte, a enfermar, a que pase el tiempo y no cumplir sus metas...) que también adquieren carácter de EC y son una gran fuente de malestar.

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, cualquier situación interpretada como rechazo por parte de los demás, le genera la RC de malestar, ante la cual ha aprendido a dar la razón a los demás (RO) o a dudar de sí misma (RO) para evitar tener conflictos con los demás o quedarse sola (R-). Durante su relación de maltrato, ha realizado conductas como: disminuir la importancia de lo ocurrido, no defenderse ni buscar soluciones para resolver el problema y salir de la relación o pensar que es culpa suya. Todo ello son estrategias de evitación del malestar para no tener conflictos mayores y normalizar la



situación para minimizar su sufrimiento. Estas son las variables mantenedoras de la relación de maltrato. A todo esto, le influye también de manera significativa el escaso apoyo social y familiar durante este periodo de vida para dejar la relación. En resumen, en la actualidad la paciente presenta dificultades sociales y familiares cuando interpreta una situación como rechazo por parte de los demás, genera una sensación de malestar en la cual tiende a evitarlo callando (RO) o dando la razón a los demás (RO) para evitar conflictos y un mayor malestar (R-). Otra de las grandes fuentes de sufrimiento es la soledad. Cuando la paciente interpreta que no está recibiendo el apoyo suficiente por parte de sus familiares, hace tiempo que no habla con ellos o no va a alguno de los eventos familiares (EDs) la RO es la rumiación que le ofrece una sensación de control (R+). A este malestar emocional se añaden como EDs sus propios pensamientos negativos sobre sí misma a los cuales responde mediante la rumiación (RO) como intento de controlar su sufrimiento (R+).

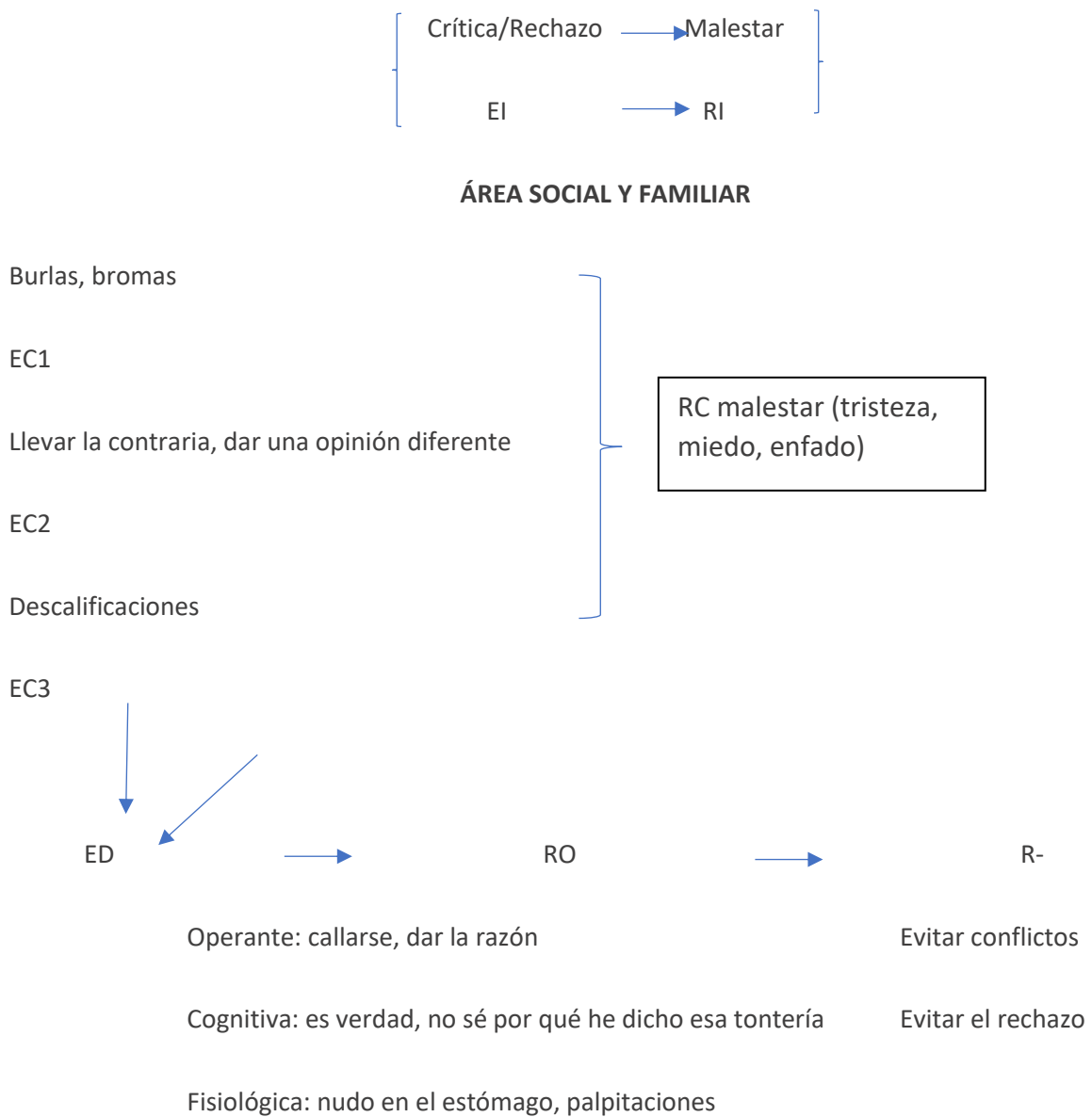
Finalmente, otra de las áreas de conflicto es la situación laboral, en la que le está resultado complicado encontrar una solución y a medida que pasa el tiempo y las empresas rechazan su candidatura (EDs) ella responde con las mismas estrategias que le resultan ineficaces: buscar empleo por InfoJobs (RO) y no considerar otras alternativas (RO). A pesar de conseguir los efectos deseados, a corto plazo le resulta gratificante y tranquilizador seguir buscando empleo de esta forma (R+).

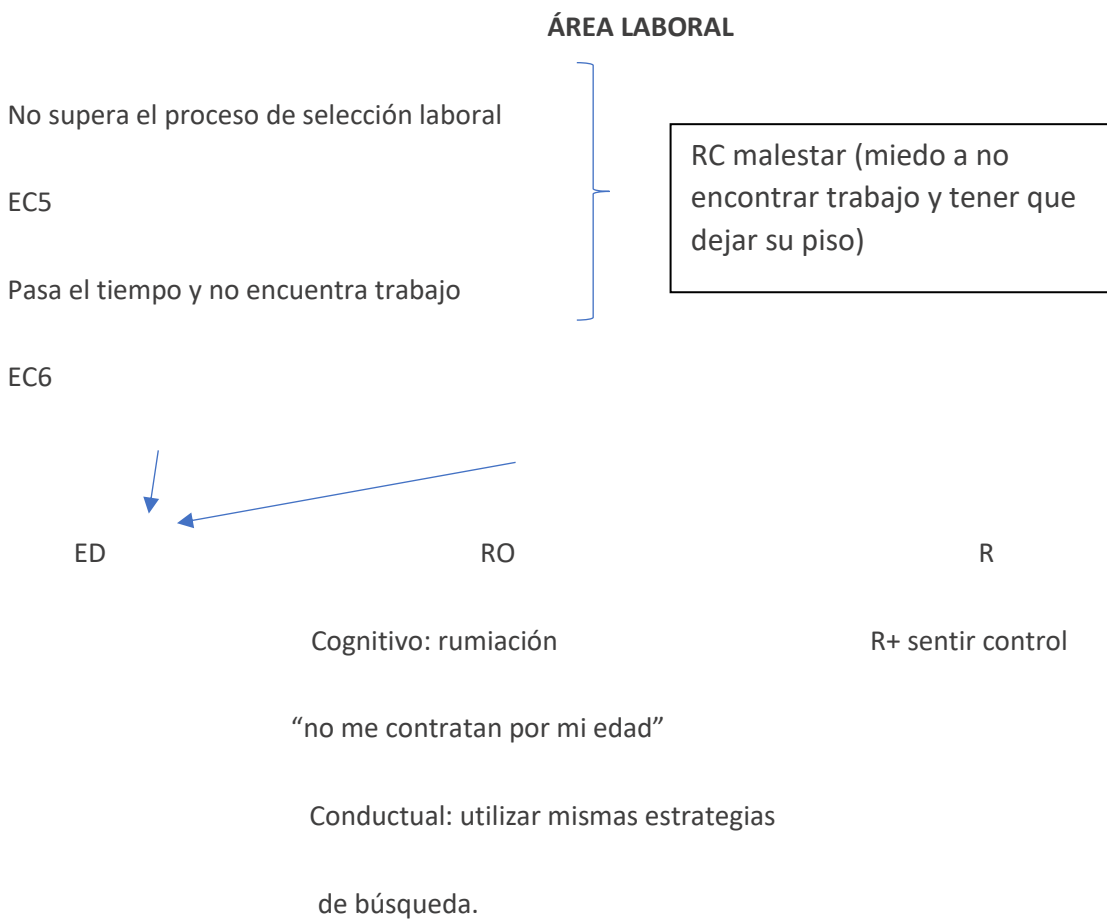
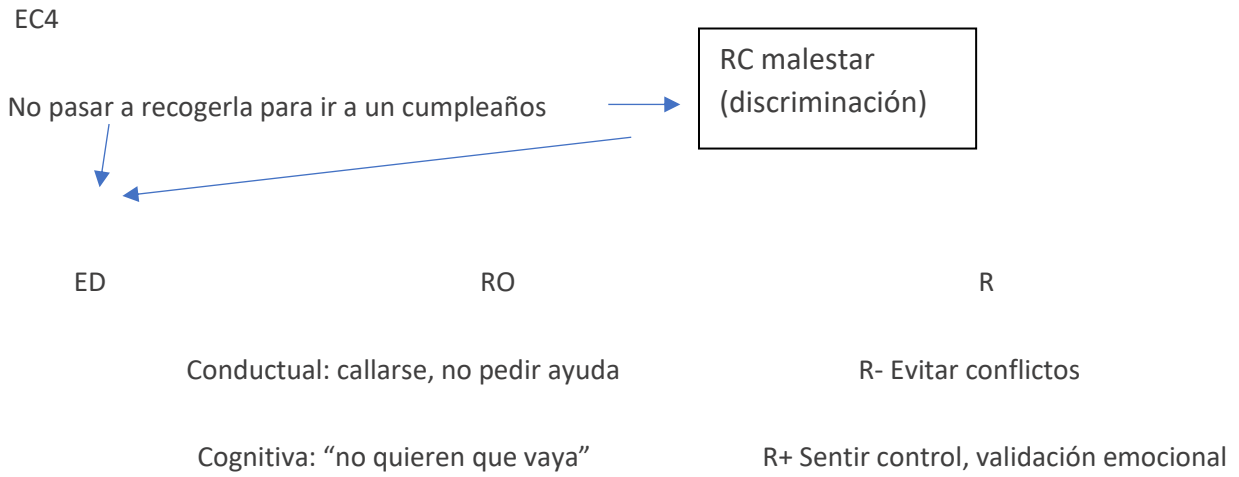
### **2.3.2 Análisis Funcional**

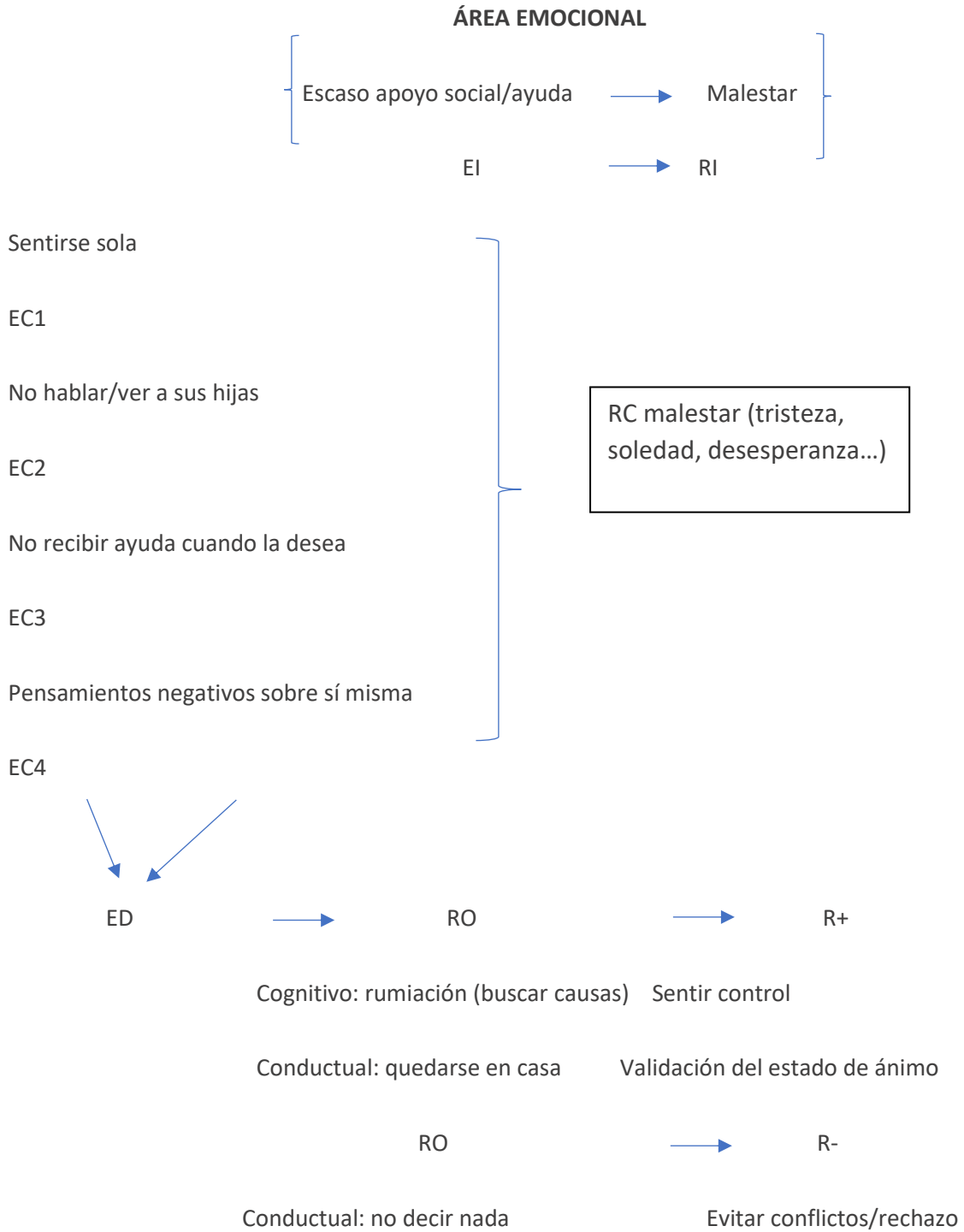
Por último, tiene lugar la explicación del comportamiento desadaptativo a través del análisis funcional dividido en cuatro grandes áreas: social, familiar, laboral y emocional.

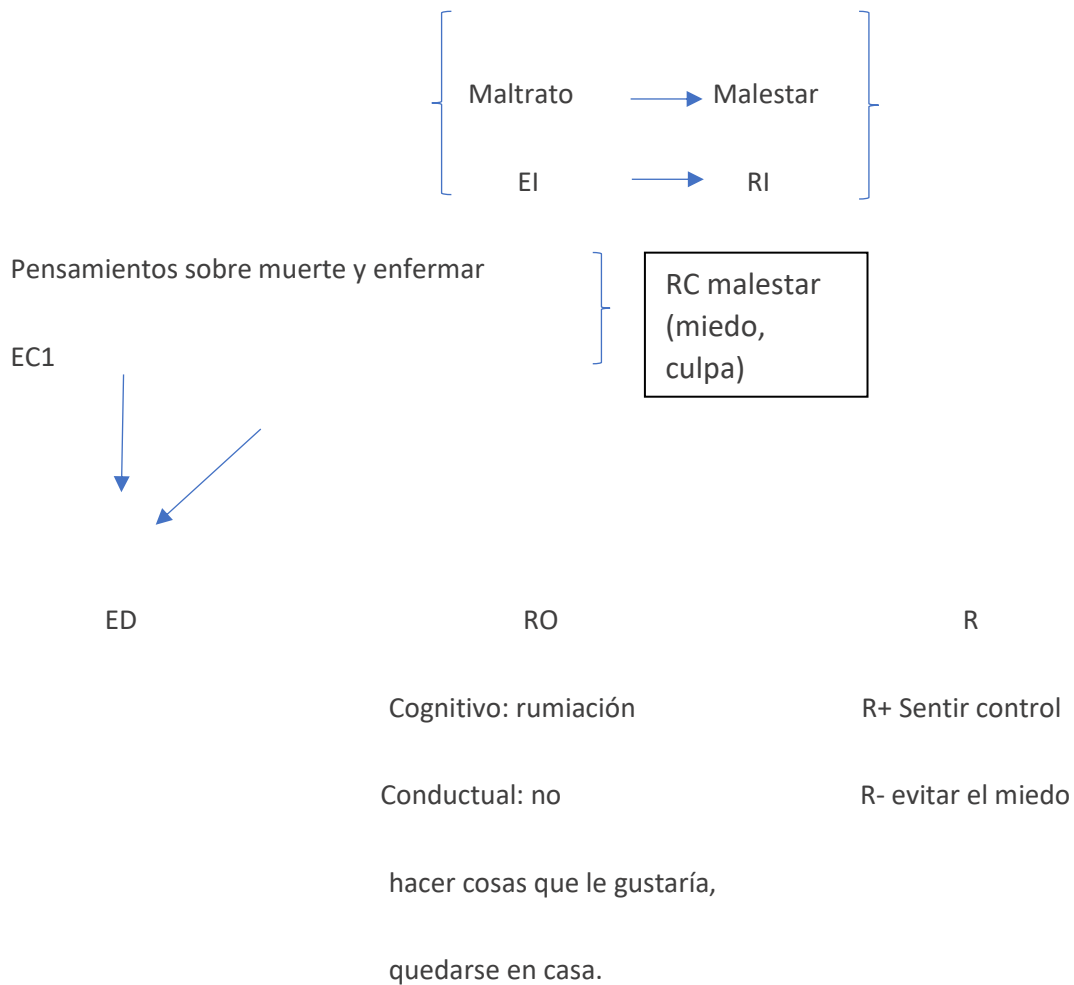
**Figura 1**

*Análisis funcional mediante la descripción de cadenas funcionales*









La interpretación del análisis funcional pone de manifiesto la necesidad de modificar las siguientes conductas:

- Sustituir dar la razón a los demás en cualquier situación o callarse para evitar conflictos por: explicar asertivamente su punto de vista cuando se encuentra en un debate cotidiano con sus amigos o familiares, decirle a los demás que no se ha sentido bien cuando han realizado algún comentario o broma hiriente, pedir ayuda cuando opina que los demás deberían hacer algo por ella y no esperar a que lo hagan sin más. Este trabajo se realiza a través de modelado, rol playing y psicoeducación.

- Sustituir el rechazo de sus pensamientos desagradables por aceptación: dar las gracias al pensamiento entrante, despedirse de él y continuar con lo que estaba haciendo y así sucesivamente.
- Rumiación y racionalización como estrategias de control: utilizar la estrategia explicada en el punto anterior y aplicar una actividad agradable (hacer ejercicio, salir a pasear, llamar a un amigo etc.)
- Quedarse en casa sin hacer nada cuando se encuentra con el estado de ánimo bajo por realizar actividades placenteras basándose en una lista de deseos y actividades que le gustaría hacer y organizar la semana en base a ello.
- Elaborar un plan alternativo a la búsqueda de empleo a través de InfoJobs.

## **2.4 Tratamiento**

El tratamiento se realiza en base a una perspectiva integradora combinando la corriente Cognitivo-Conductual con Terapias de Tercera Generación como Aceptación y Compromiso principalmente. La periodicidad de las sesiones es de una hora semanal por vía online. Actualmente se encuentra en fase de intervención y se han realizado 14 sesiones.

A continuación, se exponen los objetivos de intervención principales:

- Aumento de la autoestima, autoconcepto y seguridad en sí misma.
- Mejora del estado de ánimo: identificación de las emociones, conocimiento de la funcionalidad de las mismas y cambio de las respuestas habituales ante la tristeza o enfado por otras más adaptativas

como la expresión emocional o la aceptación de las emociones y orientación hacia actividades gratificantes.

- Reducir la toma de medicación: contacto con el psiquiatra y solicitud de una bajada progresiva de la medicación cuando aumente el estado de ánimo de forma significativa y estable.
- Mejora en las habilidades sociales: identificación de las formas de respuesta (pasiva, agresiva y asertiva), fomentar la comunicación asertiva a través de ejemplos, modelado y role playing, identificar las relaciones positivas y aumentar el contacto con ellas a través de actividades en grupo, identificar las situaciones conflictivas en las que sea necesario poner límites y aplicarlos en lugar de la respuesta sumisa habitual.
- Fomento del bienestar personal: realizar actividades de autocuidado, ejercicio físico y ocio saludable.
- Aumentar la independencia: fomento de la toma de decisiones y la resolución de problemas a través de aproximaciones sucesivas.
- Aumento de la motivación relacionada con los objetivos planteados.

**Tabla 1***Organización del tratamiento por número de sesiones*

---

**Sesiones 1, 2, 3 y 4**

Objetivo 1: identificación de la problemática principal, realización del análisis funcional, acuerdo de los objetivos y explicación del plan de intervención.

Técnicas: entrevista semiestructurada y cuestionario AF-5. Devolución del análisis funcional, acuerdo de los objetivos y contextualización del proceso de intervención.

Objetivo 2: fomentar la adherencia al tratamiento y consolidar el vínculo terapéutico.

Técnicas: uso de habilidades de comunicación (escucha activa, reflejos empáticos, paráfrasis etc.), desahogo emocional, autorrevelaciones.

---

**Sesión 5**

Objetivos: orientación a valores personales. Crear una visión realista de sus miedos. Darse cuenta que el miedo y los pensamientos creados a su alrededor bloquean sus acciones y se apoderan de la mente.

Técnica: Ejercicio experiencial: Los vasos y el miedo.

---

**Sesión 6**



Objetivo 1: completar información relacionada con traumas pasados y los miedos actuales.

Técnicas: desahogo y validación emocional. Metáfora “El cofre y la llave”. Juego de la oca.

Objetivo 2: Fomentar el autocuidado (hacer ejercicio)

Técnica: activación conductual.

---

### **Sesión 7**

Objetivo 1: aumentar la flexibilidad en las acciones dirigidas a la búsqueda de empleo. Valorar alternativas.

Técnica: reestructuración cognitiva.

Objetivo 2: aumentar la motivación para el cambio.

Técnica: confrontación.

---

### **Sesión 8**

Objetivo 1: distanciarse del miedo y de las preocupaciones. Aumentar la motivación para el cambio y la puesta en marcha de alternativas de respuesta.

Técnicas: Ejercicio “Un día con Juan”. Reestructuración cognitiva.

Objetivo 2: encontrar el origen del malestar relacionado con el miedo. Aumentar el conocimiento personal.

Técnicas: respiración profunda y visualización. Psicoeducación sobre las estrategias de afrontamiento adquiridas por la paciente ante situaciones de conflicto.

Objetivo 3: fomentar el autoconcepto positivo en el área laboral.

Técnica: prueba de realidad.

Objetivo 4: aumentar la toma de decisiones y la orientación a valores (estudiar inglés).

Técnica: Activación conductual.

---

### **Sesión 9**

Objetivo 1: fomentar el autoconcepto positivo en el área laboral.

Técnica: reestructuración cognitiva.

Objetivo 2: aumentar la confianza y seguridad en sí misma.

Técnica: pruebas de realidad sobre las decisiones que ha tomado en la vida.

Objetivo 3: aceptación de eventos pasados que han ocurrido y mejora del estado de ánimo.

Técnicas: identificación, expresión emocional y reforzar las acciones dirigidas al autocuidado.

Objetivo 4: fomentar la toma de decisiones y la independencia (renovarse el carnet).

Técnica: activación conductual.

---

### **Sesión 10**

Objetivo 1: aumentar la flexibilidad en las acciones dirigidas a la búsqueda de empleo. Valorar alternativas.

Técnicas: reestructuración cognitiva, autorrevelación.

Objetivo 2: mejorar las habilidades sociales (asertividad) y la resolución de problemas de forma independiente.

Técnicas: modelado, confrontación, psicoeducación del miedo al rechazo.

Objetivo 3: fomentar el autoconcepto emocional positivo.

Técnicas: psicoeducación sobre la adquisición del autoconcepto y de las variables contextuales que lo refuerzan.

---

### **Sesión 11**

Objetivo 1: comprender la importancia de cambiar la medicación sin consultar al médico y fomentar visitar al psiquiatra.

Técnica: psicoeducación sobre la medicación.

Objetivo 2: mejorar el manejo y la expresión emocional.

Técnicas: psicoeducación emocional y la generalización del miedo, modelado y validación emocional, ejercicio: dibujo “Almudena vulnerable vs. Almudena decidida” (ver Anexo C)

Objetivo 3: Comprensión de sus herramientas personales para el manejo de las preocupaciones.

Técnicas: psicoeducación sobre la ansiedad y de la adquisición del miedo y rumiación como estrategias de control.

---

## **Sesión 12**

Objetivo 1: desahogo y ventilación emocional. Mejorar la regulación emocional.

Técnicas: reflejos empáticos, paráfrasis, psicoeducación: resaca emocional, funcionalidad de las emociones en momentos de crisis. Metáfora de la Lotería.

Objetivo 2: normalizar su estado emocional durante el periodo de Navidad.

Técnicas: recordar su historia de aprendizaje y variables disposicionales.

Objetivo 3: aumentar el estado de ánimo y reducir la falta de energía.

Técnica: activación conductual, refuerzo positivo de sus logros personales.

Objetivo 4: mejora en la solución de problemas laborales.

Técnicas: visualización: “Mañana te quedas a 0 en la cuenta”, recuerdo de soluciones pasadas y búsqueda de alternativas, diseñar el plan alternativo a la búsqueda de empleo y autorrevelación.

---

## **Sesión 13**

Objetivo 1: Aumentar su independencia y mejorar la toma de decisiones.

Técnica: psicoeducación sobre dependencia emocional.

Objetivo 2: mejorar el estado de ánimo.

Técnicas: moldeamiento verbal (modificar la palabra culpa por responsabilidad), refuerzo positivo por sus avances.

Objetivo 3: cambiar la lucha con las emociones por la aceptación.

Técnicas: Metáfora de la Losa

Objetivo 4: mejorar la aplicación de límites a otras personas.

Técnica: psicoeducación, debate socrático y modelado.

Objetivo 5: mejora en la solución de problemas.

Técnicas: refuerzo positivo sobre las fortalezas y estrategias nuevas.

Objetivo 6: Reorganización de objetivos.

Técnica: plantear nuevos objetivos a medio plazo.

---

#### **Sesión 14**

Aplicación del cuestionario AF-5 Autoconcepto para la valoración post-test.

---

En relación a la propuesta de intervención, durante la primera fase las técnicas principales son: psicoeducación emocional para la identificación, aceptación y manejo de las emociones, tareas de identificación emocional (historias con componente socio-afectivo), trabajo en base a la terapia de conducta aplicando las reglas básicas de refuerzo y castigo en sesión para aumentar conductas adaptativas y reducir otras, organización y resolución de problemas a través de role playing y exposición a situaciones reales.

El objetivo principal de la fase inicial es construir la alianza entre terapeuta y paciente a través de las habilidades básicas del terapeuta: validación emocional, escucha activa, reflejos empáticos, devolución de información, paráfrasis etc. En segundo lugar, otro de los objetivos es el desahogo emocional. Hay que tener en cuenta que es la primera vez que acude la paciente a terapia, incluso cuenta experiencias que no había puesto en palabras antes a ninguna persona, por lo que es muy importante reservar un espacio para ello.

En relación a los objetivos relacionados con la sintomatología depresiva y la dependencia emocional, se han empleado diversas técnicas de intervención:

En primer lugar, para la **mejora del estado de ánimo, gestión emocional y seguridad** se utiliza la psicoeducación empezando por la definición de emoción vs. Interpretación, enfatizando la capacidad para cambiar la interpretación de las emociones, pero no la emoción en sí misma. Una vez identificadas las emociones, en sesión se practica a través de ejemplos de la vida real de la paciente realizando exposición en imaginación trabajando sobre las alternativas de respuesta a dicha emoción. Una de las más presentes es la culpa, por lo que los ejemplos trabajados se han dirigido a la función y significado de la misma. Para destacar que la terapia es un espacio reservado para ella, se explica la metáfora del cofre y la llave, teniendo ella el control de la llave y que solo la tiene que abrir cuando ella considere necesario, esto permite marcar el ritmo de la intervención en función de la necesidad y posibilidad para hablar de las experiencias más dolorosas. La psicoeducación también se utiliza para la explicación de conceptos concretos como dependencia o resaca emocional. Para este último también se utiliza la Metáfora de la Lotería, en la que se hace una analogía entre el bombo con el cuerpo y las bolas con las emociones en la

que finalmente salen las bolas a modo de “explosión emocional”. Para cambiar la forma de gestionar las emociones, se recurre a la explicación de la Metáfora de la Losa, la cual la propia paciente indica sentirse en ocasiones como con una losa en la cabeza la cuál intenta quitar sin lograrlo, a lo que se le propone desplazarla hacia un lado, aceptando que las emociones estén ahí, pero sin invadirla. Otra área importante de trabajo son los miedos. La idea principal es reducirlos y reinterpretarlos. Para ello se emplean ejercicios experienciales para que la paciente reinterprete el significado del miedo y lo utilice como señal de alarma de que tras esa emoción existe algo importante para ella que anhela alcanzar. El primero consiste en dibujar un vaso en el que tiene que escribir cada uno de los miedos con mayor presencia en su día a día y puntuar de 0 a 10 el grado de frecuencia e intensidad con el que aparecen. Una vez definidos, con ayuda de la reestructuración cognitiva se orienta a la paciente a reinterpretar dichos miedos y encontrar el significado de su aparición. En segundo lugar, se crea de una historia cuyo protagonista tiene diversas experiencias similares a las de la paciente y tiene que identificar qué está bajo su control y qué no.

Para la mejora de las **habilidades sociales** se han empleado técnicas como el role playing, reestructuración cognitiva, modelado y refuerzo positivo. Para ello se siguen los pasos propuestos por Arteaga (2016): informarse de lo que se debe hacer para conseguir el objetivo, observar a un modelo, ensayar en imaginación una situación real empezando por un grado de dificultad bajo, retroalimentarse, es decir obtener un feedback por parte de una persona de confianza o un feedback propio mediante grabaciones, reforzarse y generalizar a otros contextos. Para mejorar la asertividad se recurre a la psicoeducación y exposición mediante aproximaciones sucesivas a situaciones en las que se requiere cierto grado de asertividad. En primer lugar, se hace una explicación de los tres estilos de conducta

básicos (pasivo, agresivo y asertivo) y de los pasos a seguir para una comunicación asertiva eficaz: escuchar “te entiendo”, decir “sin embargo yo...” y expresar “me gustaría”. (Arteaga, 2016).

Para trabajar el **aumento del bienestar y de la autoestima** se ha recurrido a la activación conductual, en cada sesión se explora las actividades que realiza en su vida diaria y se refuerza cada aproximación a una nueva actividad (ejercicio, voluntariado). Se hace un seguimiento de estas experiencias y se refuerza el mantenimiento.

En cuanto a las **técnicas para la resolución de problemas**, se utiliza la visualización de quedarse a cero en la cuenta bancaria para comenzar la búsqueda de alternativas y elaborar un plan de acción previo a ese suceso. De esta manera se cuestionan los pensamientos catastróficos de la paciente que implica manejar los sucesos negativos, exponerse a ellos y buscar soluciones (Arteaga, 2016). A través de debate socrático se va perfilando el plan de acción sacando a relucir soluciones pasadas empleadas por la paciente. Para la resolución de problemas laborales también se utilizan las autorrevelaciones personales sobre soluciones puestas en marcha por la propia terapeuta en momentos concretos de su vida y el modelado.

## **2.5 Valoración del tratamiento**

Hasta el momento la paciente lleva 4 meses en tratamiento, con una periodicidad de una hora semanal habiéndose cumplido 14 sesiones. El grado de adherencia al tratamiento es óptimo, acudiendo a cada una de las sesiones de manera puntual y avisando previamente cuando ha existido un motivo justificado para no asistir. Con el objetivo terapéutico de no reforzar la dependencia hacia la terapia y aumentar la motivación intrínseca de la paciente, se amplía el periodo entre sesiones a dos semanas a partir de la décima sesión.



Durante las primeras sesiones la paciente se mostraba desmotivada y no realizaba las tareas semanales, por lo que se hizo un ajuste de las expectativas terapéuticas y una reorganización de los objetivos principales, otorgando un mayor espacio para el desahogo emocional en las sesiones iniciales y ralentizando el ritmo de la intervención. Al observar que la paciente se encontraba en un momento de bloqueo y estancamiento, en la séptima sesión se recurre al uso de la confrontación para exponer las dificultades y resistencias observadas que frenan el avance terapéutico como por ejemplo la inactividad o el no poner en marcha de los recursos trabajados. Finalmente se pregunta directamente qué supone para ella la terapia, obteniendo un feedback positivo y encontrando que hasta ahora los avances terapéuticos se orientan a nivel intrínseco, es decir que la paciente refiere encontrarse mejor emocionalmente y motivada para el cambio. A partir de aquí las sesiones se dirigen a acciones concretas para la resolución de problemas, siendo más visibles los resultados de la intervención (búsqueda de ofertas de empleo por distintos medios y no sólo mediante plataformas online, contacto con asociaciones y orientadores laborales, exponer a los demás sus pensamientos y sentimientos, realización de actividades placenteras etc.).

Durante las primeras sesiones de terapia se recurre a la activación conductual para el aumento de la motivación, mientras que en la actualidad se ve reforzada por el vínculo terapéutico y la confianza. La activación conductual se trabaja desde una postura de acompañamiento y de baja directividad con el objetivo de fomentar la independencia y la toma de decisiones, llegando a mantener la realización de dichas actividades (hacer ejercicio y estudiar inglés) con una frecuencia semanal.

Para comparar los avances terapéuticos de una forma cuantitativa se aplica de nuevo el cuestionario AF-5 autoconcepto en la decimocuarta sesión obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 2**

*Puntuaciones pre y post del cuestionario AF-5 autoconcepto*

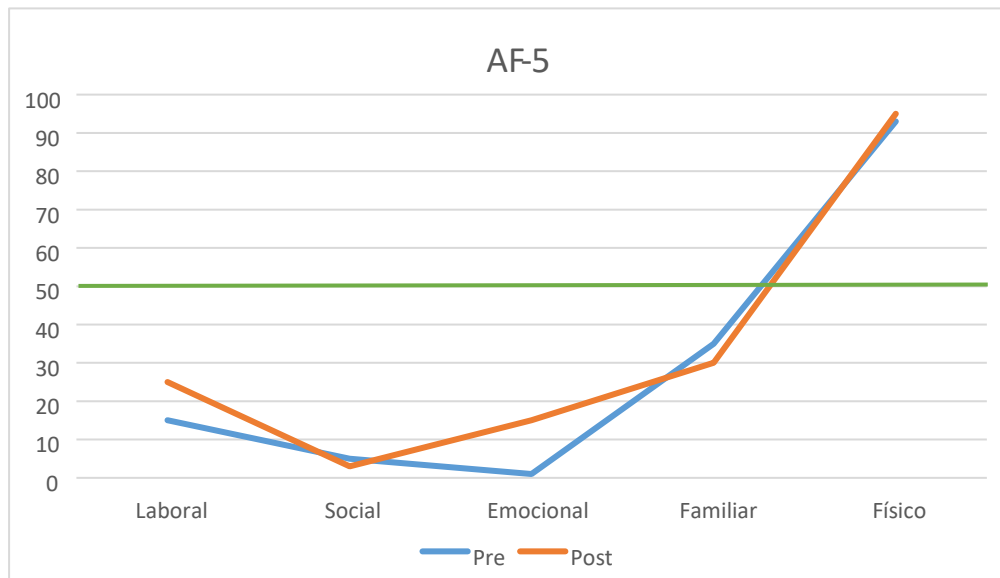
---

<b>ÁREA</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
LABORAL	15	25
SOCIAL	5	3
EMOCIONAL	1	15
FAMILIAR	35	30
FÍSICO	93	95

---

**Figura 2**

*Gráfico de las puntuaciones pre y post del cuestionario AF-5 autoconcepto*



Además de la información cuantitativa, en el post test se ha recogido información sobre las áreas que se evalúan y se ha podido sacar las siguientes conclusiones:

- En el área social sigue sin estar satisfecha, no se siente apoyada y se siente decepcionada, sería interesante explorar en posteriores sesiones el apoyo social percibido.
- En el área emocional ha habido un pequeño aumento que teniendo en cuenta la puntuación inicial y lo que manifiesta, nos indica que vamos por buen camino. Si bien es cierto que todavía se encuentra muy por debajo de la media y seguirá siendo un área importante de intervención.
- En el área familiar incluso ha habido un descenso, después de evaluar a lo largo de la terapia las relaciones familiares pasadas y presentes y hacer un reajuste en la percepción de las experiencias

pasadas, aun así, hay que tener en cuenta que este test solo pregunta por los padres, que en su caso fallecieron.

Ha habido ligeros aumentos en algunas de las áreas que teniendo en cuenta las 14 sesiones y la edad de la paciente (64 años), son todo un logro que ella misma manifiesta.

Otra manera de medir los avances obtenidos es la observación conductual y las manifestaciones verbales. Como se ha comentado anteriormente, es importante preguntar a la paciente directamente los avances y mejoras identificadas por ella misma. Indica que la terapia le está sirviendo para mejorar en la toma de decisiones, buscar alternativas de solución a las dificultades diarias, a poner límites a otras personas y en definitiva a sentirse mejor emocionalmente.

En relación a la comunicación no verbal existe un progreso significativo desde las primeras sesiones en las que presenta un tono de voz bajo y decaído, una postura cabizbaja y con baja gestualidad relacionado con el miedo al rechazo y a los conflictos interpersonales, hasta las últimas en las que muestra un tono más firme y decidido a la hora de hablar, mirando con frecuencia a la cámara y preocupándose por tener una buena visibilidad.

En cuanto a las manifestaciones verbales, al principio de la intervención la forma de comunicarse de "Almudena" se basaba en la deseabilidad social, mostrando frecuentemente un interés por agradar a la terapeuta y tendiendo a dar la razón ante cualquier comentario. Hablaba con precaución por el miedo a recibir una respuesta de confrontación y su queja principal se relacionaba con la forma de actuar de los demás reclamando más ayuda por parte de los mismos. A día de hoy, la paciente indica que piensa más en sí misma y en sus necesidades y no le otorga tanta importancia a lo que hacen o dicen los demás, está

tomando decisiones y poniendo en práctica acciones dirigidas a mejorar su situación económica sin esperar a que otros lo hagan por ella. En relación a la expresión emocional, desde el primer día “Almudena” ha sido capaz de exponer sus emociones y hablar de ellas, a pesar de no regularlas de una forma saludable. Si bien se ven mejoras a la hora de gestionar sus emociones, sigue presentando dificultades a la hora de aceptarlas y hacerles hueco en su día a día, por lo que en la próxima fase de intervención es conveniente enfatizar en ejercicios y técnicas relacionadas con la mejora del estado de ánimo, aceptación de las emociones y regulación de las mismas.

El pronóstico de la paciente es favorable a largo plazo, pero es necesario espaciar los objetivos y reajustarlos cuando sea necesario adaptándose a su propio ritmo. Cabe destacar la edad de la paciente y el histórico, puesto que a lo largo de su vida ha tenido diversas experiencias de aprendizaje que a día de hoy se encuentran muy reforzadas y que ralentizan el cambio conductual. Además de ser un obstáculo más a la hora de encontrar un trabajo. Por ello, es clave durante la intervención hacer un acompañamiento a las acciones dirigidas a encontrar diferentes fuentes de ingresos: alquilar una habitación, pedir ayudas al estado, ir a asociaciones para ayudar a víctimas de violencia de género entre otras. En relación a este último recurso es importante añadir que debido a la urgencia que en su día tuvo para vender el piso y alejarse lo antes posible de su exmarido, renunció a la pensión y decidió no denunciarle. Hecho que dificulta el acceso a ayudas relacionadas con la violencia de género.

Otra de las variables más influyentes en su estado de ánimo y autoestima es el área social y familiar. En ambos entornos hay personas que frecuentemente desvalorizan a la paciente y refuerzan la idea de que “no es capaz de hacer ciertas cosas”. La parte positiva es que ella comienza a ser consciente y a

diferenciar quienes son las personas de confianza a las que debe explicar su situación personal y es capaz de poner límites con los que no.

Otra de las barreras más importantes que se observan en este caso es la gran cantidad de emociones desagradables que en ocasiones desbordan a la paciente, sobre todo el miedo, la culpa y la tristeza. En ocasiones, entra en un estado de obsesividad del cual refiere que es muy complicado salir y tiende a pensar en la posibilidad de enfermar y de morir. Este punto se debe tener presente y abordarlo en futuras sesiones.

A pesar de las dificultades y los obstáculos la paciente manifiesta que el tratamiento psicológico le está ayudando a: “empezar a valorarme un poco más, intentar hacer cosas, no ver todo tan negro, sentirme más tranquila, hago lo que está en mi mano y baja mi angustia y la culpa”

## **2.6 Discusión y conclusiones**

La intervención se puede resumir con el trabajo en torno a dos grandes áreas: el vínculo terapéutico y la realización del análisis funcional. La fase de evaluación no solamente consiste en recabar información relevante para planificar la intervención, sino que es un momento clave para conectar con la paciente y que se sienta acogido, valorado y validado. A partir de aquí la realización del análisis funcional del caso es clave para diseñar una intervención idiosincrática y poder aplicar técnicas orientándolas a objetivos concretos.

Por un lado, existe la tendencia a la evitación de conflictos interpersonales reforzadas negativamente por conductas de sumisión que le generan tranquilidad como es callarse y no dar su opinión o quedarse en

casa. Para sustituir estas conductas por otras más activas como debatir, dar su opinión o poner límites, se trabaja mediante técnicas como el modelado, rol playing, psicoeducación, reestructuración cognitiva etc. En esta línea la paciente ha pasado de un perfil más sumiso a otro activo tomando sus propias decisiones basadas en sus necesidades y exponiendo su punto de vista a los demás. Este trabajo influye tanto en la mejora de las habilidades sociales, como en el aumento de la seguridad, autoestima y en la toma de decisiones. Otra estrategia desadaptiva de control es la rumiación y la racionalización sobre todo en torno al área laboral. En este sentido el objetivo es sustituir esta estrategia ineficaz que no resuelve el problema por acciones orientadas a la elaboración de planes alternativos a la búsqueda de empleo.

Uno de los objetivos generales es el aumento de estado de ánimo y como estrategia específica se utiliza el refuerzo positivo de conductas deseables y la extinción de las no deseables como pueden ser la autocrítica o la desvaloración personal. Se observa como la paciente ha pasado de una interpretación muy negativa de sí misma siendo incapaz de identificar aspectos positivos a una postura menos crítica en la cual siguen apareciendo pensamientos negativos, pero es capaz de identificarlos como pensamientos que no son totalmente reales además de poner en valor los progresos que está haciendo tanto a nivel social como laboral y personal.

En relación al análisis crítico del caso, hasta ahora los resultados obtenidos revelan avances significativos a nivel emocional y laboral siendo las dos áreas en las que se ha enfocado la intervención en esta primera fase del proceso, siendo importante enfatizar en el futuro en el área emocional y social. Los avances son lentos pero cada progreso es un logro teniendo en cuenta las circunstancias personales, la historia de

aprendizaje y el nivel de reforzamiento adquirido por la paciente en las distintas áreas de su vida hasta el momento de comenzar la intervención.

En base a los datos obtenidos a través de la formulación clínica del caso, se observa una mejora a nivel social en las respuestas de sumisión que hasta ahora eran características del funcionamiento de "Almudena" la cual comienza a debatir y defender su punto de vista ante personas que suelen hacer comentarios hirientes hacia ella. Para ello, se trabaja en sesión a partir de la psicoeducación y explicación de su propio análisis funcional, haciéndole consciente de que ese tipo de conducta (callarse) está vinculada al miedo al rechazo y a quedarse sola. Mediante el trabajo en sesión con modelado y rol playing, la paciente comienza a responder a dichos comentarios evento que será contracondicionado por las contingencias del contexto al presentar una respuesta diferente a la que habitualmente manifestaba, observando así de manera directa las consecuencias de la acción y reduciendo la conducta de callarse por miedo a quedarse sola. En esta línea es importante continuar trabajando a nivel cognitivo, pues siguen existiendo numerosas rumiaciones dudando de sí misma al otorgar más valor a las opiniones de los demás.

La conducta de callarse sigue presente a nivel familiar y cada vez está aumentando su insatisfacción en esta área pues manifiesta seguir sin tener la ayuda que necesita de su entorno. Dicha insatisfacción se ve reforzada por la conducta de callar, ya que al no exponer sus necesidades ante los familiares ellos no son conscientes de las mismas. A medio plazo es importante abordar este objetivo, pero antes se tiene que seguir reforzando y mejorando el estado de ánimo y el área emocional.



Las respuestas frecuentes en el plano emocional son la rumiación y la autocrítica y por otro lado el quedarse en casa. En cuanto a las dos primeras, el trabajo en sesión se orienta a sustituirlas por conductas de aceptación y autocompasión. Dichos objetivos se abordan en primer lugar a través de la psicoeducación emocional para la mejora de la regulación y con el trabajo desde la terapia de aceptación y compromiso con el objetivo de cambiar la lucha con los pensamientos, por aceptación y distanciamientos de los mismos. La conducta de quedarse en casa se sustituye por la realización de acciones dirigidas a sus valores, como puede ser estudiar inglés, hacer ejercicio y quedar con personas significativas para ella. Para ello se recurre a la activación conductual y al trabajo con los valores. Hasta ahora se ha trabajado con el miedo a la muerte y a enfermar de forma indirecta, si bien la paciente se ha desahogado en varias sesiones sobre este tema, dichos miedos son la exposición extrema de la ansiedad y de no conectar con sus valores en el presente, por lo tanto, trabajando de manera indirecta orientando a la paciente a hacer lo que realmente desea en su vida, dichos miedos aparecerán con menor frecuencia e intensidad. No obstante, es necesario tener presente su existencia y abordarlos con técnicas como la defusión o la reestructuración cognitiva.

Por último, cabe destacar los avances en el área laboral en la cual se sustituye la aplicación de las estrategias habituales para la búsqueda de empleo por otras más efectivas (ir a los establecimientos y entregar el currículum en mano, enviar emails a las empresas o llamar, mostrar interés etc.) y también elaborando un plan alternativo a trabajar como es conseguir prestaciones del estado o ayudas de asociaciones no gubernamentales.

La intervención se ha diseñado ad hoc en base a las necesidades de la paciente y después del análisis idiosincrático del caso teniendo presente la perspectiva cognitivo-conductual, terapias de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso o la activación conductual y humanismo.

En primer lugar, el trabajo terapéutico se realiza en base a la elaboración del vínculo terapéutico, para ello es necesaria la presencia de las habilidades básicas del terapeuta que recalca Froxán (2020) y que son imprescindibles no solamente a la hora de interactuar con el paciente sino también para la correcta elaboración del análisis funcional: escucha activa, la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad o congruencia. Dichos términos son explicados por primera vez por Rogers (1957) como condiciones necesarias para el cambio terapéutico.

El análisis funcional es la segunda herramienta principal además de ser una técnica transversal a cualquier proceso de intervención terapéutica. Algunos autores indican que:

La investigación de procesos es un paso previo y fundamental para poder hacer una investigación de resultados de utilidad. El análisis de los procesos de aprendizaje que producen el cambio conductual debería ser indisoluble de la valoración de los resultados de la intervención. (Froxán, 2020, p.25).

A partir de la elaboración del análisis funcional, se concretan los objetivos principales de intervención, en la que se utilizan principalmente técnicas como la exposición. Tal y como exponen Wilson y Luciano (2018): las características generales a lo largo del tratamiento desde la terapia de Aceptación y Compromiso son el trabajo con los valores, la exposición, la desactivación de funciones y el distanciamiento y el fortalecimiento. Teniendo en cuenta estos conceptos básicos, la aplicación de las

técnicas tienen la función de conseguir el cambio comportamental de la paciente y a la modificación de las funciones fuente del sufrimiento actual.

Por último, se expone la intervención específica en base a la violencia de género vivenciada por la paciente. Para ello es importante recordar el fenómeno de la indefensión aprendida (Seligman, 1975) el cual se produce tras aprender que un suceso traumático es incontrolable por lo que finalmente se produce la indefensión como respuesta. Esto aporta información de valor que junto al análisis funcional permite detallar los objetivos terapéuticos (aumento de la seguridad, autoestima y autoconcepto, reducción de la inseguridad y la mejora en la toma de decisiones y resolución de problemas, aumento de actividades independientes etc.). En cuanto a la dependencia emocional, se trabaja desde la perspectiva de género incluyendo el trabajo con la dependencia emocional que conlleva a sentimientos de miedo, vacío y soledad. Para ello se utilizan técnicas de psicoeducación, pruebas de realidad sobre la soledad y la realización de listados sobre ventajas de estar sola o la técnica de reatribución para reorganizar el sentimiento de culpa (Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental [COPAO], 2019).

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que algunas técnicas resultan más eficaces en un contexto terapéutico presencial, sobre todo en relación a la práctica de las habilidades sociales o exposición. Por ejemplo, en terapia presencial se aprecian detalles de la comunicación no verbal que a través de la cámara no es posible tanto para evaluar a la paciente como para que la misma aprenda por modelado distintas formas de comunicación. Por otro lado, a la hora de reforzar o extinguir conductas clínicamente relevantes los resultados son más significativos e inmediatos en un contexto presencial ya que da pie a un análisis inmediato. En ocasiones el formato online tiene sus limitaciones de conexión o

podemos perder parte de la información verbal que da el paciente mientras tomamos notas, ya que este formato permite tomar notas de una forma más natural que en sesión presencial y eso conlleva a veces a la pérdida de datos verbales que podrían reforzarse o extinguirse en el momento de la sesión.

El contexto socio-laboral de la paciente es otra de las limitaciones para los avances terapéuticos pues es un área que podemos trabajar en sesión, pero se aleja de lo que está bajo nuestro control y el hecho de encontrar una fuente de ingresos óptima para la paciente se ve influenciada por numerosas variables que se escapan del entorno terapéutico. A pesar de ello se trabaja en sesión las alternativas y las posibles soluciones a esta dificultad, así como la interpretación y ajuste que hace la paciente de esta realidad.

En cuanto al estilo del terapeuta y a las técnicas utilizadas si hubiera realizado directamente la intervención, sustituiría la técnica de reestructuración cognitiva por la defusión, no porque la primera no esté siendo eficaz sino más bien por mi estilo personal como terapeuta.

Por último, cabe destacar las limitaciones que presenta el cuestionario AF-5 autoconcepto. Las preguntas son muy repetitivas de manera que, por ejemplo, en el área laboral se pregunta por el rendimiento que percibe y el rendimiento que perciben los superiores. En el área familiar solo sobre los padres. En el área emocional mayoritariamente sobre si la persona se encuentra nerviosa pero no tristeza y demás. El test nos da algo de información, pero se queda muy corto para evaluar el autoconcepto de la persona. Aunque si tiene la ventaja de poder evaluar en cierta medida el avance del paciente. Y cómo se encuentra con respecto al resto de la población.

En próximos estudios de caso sobre violencia de género, es importante tener en cuenta una intervención interdisciplinar incluyendo si es posible a otros profesionales como trabajadores sociales o psiquiatras.

Por otro lado, también es favorable sumar a la terapia individual una intervención en formato grupal. Por su parte, Vaca et al., (2020) después de aplicar un programa de intervención grupal desde el marco de las terapias contextuales concluyen que se reduce significativamente la severidad del malestar, el riesgo de suicidio además de incrementar la apertura hacia los demás. Dichos resultados se observan tanto dentro como fuera del encuadre terapéutico. Matud et al., (2016) también demuestran la eficacia de una intervención grupal en mujeres víctimas de violencia de género disminuyendo significativamente la sintomatología ansioso-depresiva.

Para concluir, la aplicación de una intervención desde una perspectiva integradora y basada en las necesidades específicas de la paciente enfatizando la importancia del análisis funcional y en la funcionalidad de las conductas para diseñar la intervención demuestra ser eficaz para el tratamiento de la sintomatología depresiva vinculada a la historia de violencia de género. Cabe destacar también la importancia del trabajo a partir del vínculo terapéutico que facilita la intervención y se puede utilizar como una estrategia de motivación para la puesta en marcha de las acciones orientadas al bienestar psicológico. Por último, es importante tener en cuenta los resultados obtenidos en este estudio para próximas intervenciones en violencia de género en las que se puede utilizar el esquema del tratamiento como guía de intervención con opción de modificación según las necesidades y los resultados obtenidos en la evaluación.

### 3. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *American Psychiatric Pub.*
- Arteaga, S. L. (2016). *Actuaciones frente al maltrato familiar*. Formación Carpe Diem.
- Campbell, J., Kub, J. E., y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Jamwa*, 51(3), 106-111.
- Castelló, B. J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Alianza Editorial.
- Echeburúa, E., y Illescas, S. R. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Pirámide.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF-5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117.
- Froxán, P. M. J. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- García, F., y Musitu, G. (2014). *Manual Autoconcepto forma 5*. TEA Ediciones.
- Heathers, G. (1955). Emotional dependence and independence in nursery school play. *The Journal of Genetic Psychology*, 87(1), 37-57.

Houghton, S., Curran, J., y Saxon, D. (2008). An Uncontrolled Evaluation of Group Behavioural Activation for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 235–239. doi:10.1017/S1352465808004207

Instituto Nacional de Estadística, (2021). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG). [https://www.ine.es/prensa/evdvg\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/evdvg_2019.pdf)

Labrador, F. J. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Pirámide.

Ley Orgánica 1/2004. (2004, 28 de diciembre). Boletín oficial del estado. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. No 313. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

López, B. C., e Inglada P. L. (2017). Estudio estadístico sobre violencia de genero. *Historia de matemáticas*, 3(1), 107-128.

Matud, M. P., Fortes, D., y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207.

Matud, M. P., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia psicológica*, 34(3), 199-208.

Milán, B. M. R., y Luisa, P. A. (2019). *Intervención psicológica con mujeres adultas víctimas de violencia de género*. Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental.

Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S. y Ric, F. (2006). *Psychology of emotion: Interpersonal, experiential, and cognitive approaches*. Psychology Press.

Convención de las Naciones Unidas sobre la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 23 de febrero 1994,  
<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Overmier, J. B., y Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of comparative and physiological psychology*, 63(1), 28.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.

Sheikh, S., y Janoff-Bulman, R. (2010). Tracing the self-regulatory bases of moral emotions. *Emotion Review*, 2(4), 386-396. doi: 10.1177/1754073910374660

Sirvent, C., y Moral, M. V. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 23(3), 92-93.

Soletto, M. H. (Ed.) (2015). *Violencia de género: tratamiento y prevención*. Dykinson.



- Vaca F, R., Ferro G, R., y Valero A, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *Anales de psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valor-Segura, I., Expósito, F., y Moya, M. (2010). Emociones poderosas y no poderosas ante conflictos de pareja: diferencias de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 129-134.  
doi: 10.5093/in2010v19n2a4
- Villarreal, A. (2007). Women's employment status, coercive control, and intimate partner violence in Mexico. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 418-434.  
doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00374.x
- Walker, M. U. (2009). Gender and violence in focus: A background for gender justice in reparations. *Cambridge University Press*, 1-17. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596711.004>
- Wilson, K. G., y Luciano, S. M. C. (2018). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

#### 4. Anexos

##### Anexo A

##### Escala de Autoestima y Autoconcepto AF-5

**AF-5**

Contesta de 1 a 99 en las casillas correspondientes a cada pregunta.

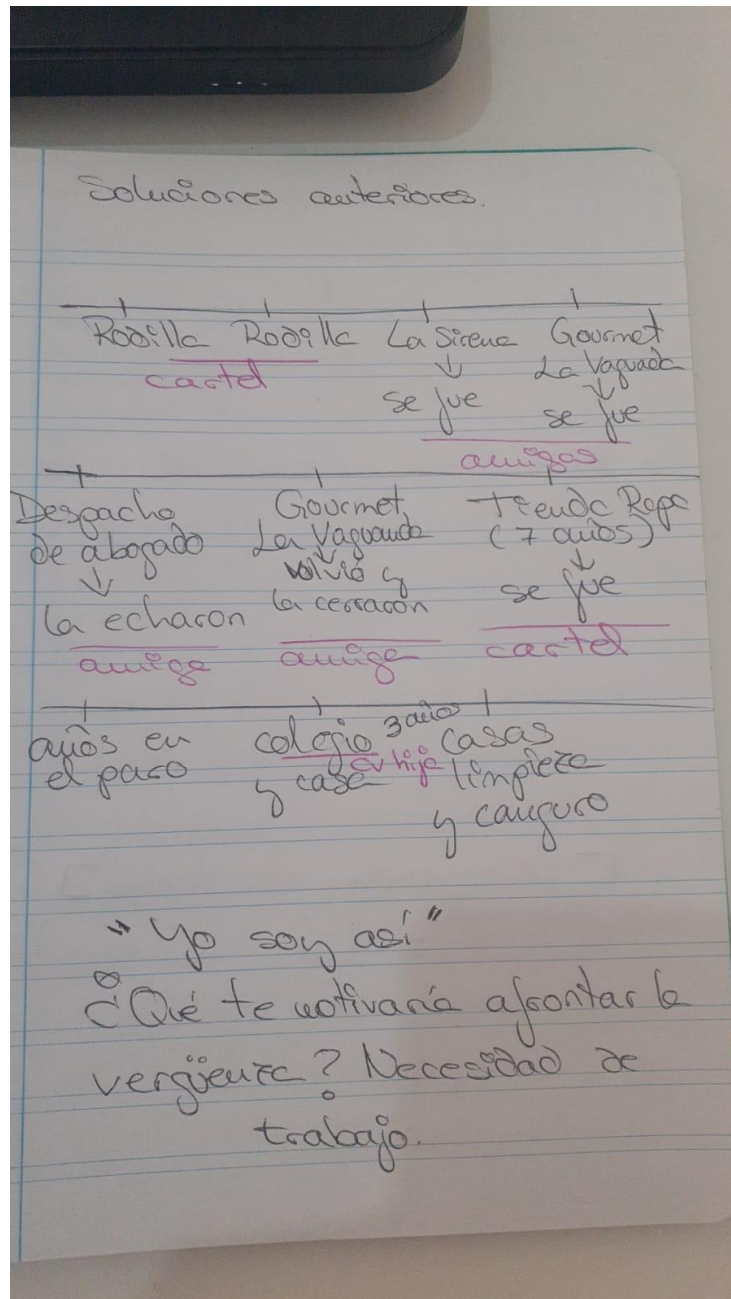
En total:  puntos

1	Hago bien los trabajos escolares (profesionales).	3	0
2	Hago fácilmente amigos.	3	0
3	Tengo miedo de algunas cosas.	0	0
4	Soy muy criticado en casa.	0	0
5	Me cuido físicamente.	0	0
6	Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.	0	0
7	Soy una persona amigable.	0	0
8	Muchas cosas me ponen nervioso.	0	0
9	Me siento feliz en casa.	0	0
10	Me buscan para realizar actividades deportivas.	0	0
11	Trabajo mucho en clase (en el trabajo).	0	0
12	Es difícil para mí hacer amigos.	0	0
13	Me asusto con facilidad.	0	0
14	Mi familia está decepcionada de mí.	0	0
15	Me considero elegante.	0	0
16	Mis superiores (profesores) me estiman.	0	0
17	Soy una persona alegre.	0	0
18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	0	0
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.	0	0
20	Me gusta como soy físicamente.	0	0
21	Soy un buen trabajador (estudiante).	0	0
22	Me cuesta hablar con desconocidos.	0	0
23	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior).	0	0
24	Mis padres me dan confianza.	0	0
25	Soy bueno haciendo deporte.	0	0
26	Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador.	0	0
27	Tengo muchos amigos.	0	0
28	Me siento nervioso.	0	0
29	Me siento querido por mis padres.	0	0
30	Soy una persona atractiva.	0	0

**NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACION QUEDARÁ INVALIDADA.**

## Anexo B

## Línea de vida laboral



## Anexo C

**Ejercicio: Almudena vulnerable y Almudena decidida**

Con los objetivos de integrar dos partes de ella misma, que pueda aceptar los momentos de vulnerabilidad y que la parte decidida tome el control en los momentos de vulnerabilidad, se le pide realiza un dibujo de cada una de las partes y describir como se siente en relación a cada una de ellas. De esta manera también se consigue distancia y se potencia el yo contexto.

