



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria junio 2021

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A UNA MUJER
MALTRATADA DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
(ACT)**

PROPOSAL FOR PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR A BATTERED
WOMAN USING ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

Autor: Hugo Lafaurie

Tutora: Pilar Sánchez López

Resumen

El presente trabajo consiste en una propuesta de intervención psicológica, a una mujer maltratada, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En primer lugar, se desarrolla una descripción de la ACT y del maltrato, centrándose en el dominio conyugal. Este trabajo, plantea un estudio de caso único de una persona de 54 años diagnosticada con depresión y ansiedad, y que ha sufrido maltrato durante más de quince años por parte de su cónyuge. Posteriormente, se presenta una intervención formada por 8 ejercicios que deberían ser aplicados en un periodo de dos meses. Los resultados esperados consisten en una reducción significativa de depresión, ansiedad, dependencia emocional y un incremento de la autoestima y motivación intrínseca.

Palabras claves: Terapia de Aceptación y Compromiso, Maltrato, Intervención, Clínico.

Abstract

The present work consists of a proposal for a psychological intervention for an abused woman, based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Firstly, a description of ACT and abuse is given, focusing on the marital domain. This work presents a single case study of a 54 year old person diagnosed with depression and anxiety, and who has suffered abuse for more than fifteen years from her husband. It then presents an intervention consisting of 8 exercises that should be applied over a period of two months. The expected results are a significant reduction in depression, anxiety, emotional dependence and an increase in self-esteem and intrinsic motivation.

Keywords : Acceptance and Commitment Therapy, Abuse, Intervention, Clinic.

Índice

1. Introducción	4
2.1 Propuesta de intervención en maltrato: diseño de caso único	10
2. Propuesta de Intervención	10
2.1 Descripción del caso	10
2.2 Objetivos	12
2.3 Contexto	13
2.4 Planteamiento de la intervención	13
2.5 Procedimiento:	14
3. Resultados esperados	18
4. Discusión	19
4.1 Limitaciones	20
4.2 Posibles soluciones	21
5. Referencias bibliográficas	23
6. Anexos	26

Introducción

Según Olivares et al. (2014) la intervención psicología puede entenderse como un conjunto de estrategias de solución de problemas mediante las que se resuelven interrogantes como ¿qué respuesta(s) vamos a evaluar? ¿qué métodos, estrategias e instrumentos de evaluación utilizaremos? ¿qué personas deben intervenir, dónde y cuándo y qué entrenamiento requerirán? (p.49) .

En este trabajo se persigue presentar una propuesta de intervención en contra del maltrato en un caso único basado en evidencias científicas y en la terapia de tercera generación llamada Terapia de Aceptación y Compromiso (también conocida como ACT bajo las siglas inglesas).

Las terapias psicológicas se clasifican entre grupos conocidas bajo el nombre de generaciones. En cada una de estas generaciones, se encuentra multitudes de teorías con técnicas y perspectivas distintas. Sin embargo, todas tienen el mismo fin, ayudar a la persona que viene a la consulta. Según la afinidad, el conocimiento y la comodidad que tenga un terapeuta sobre una terapia puede decantarse o quizás influir en él para decidir emplear esta terapia u otra en consulta. Hoy en día, las terapias de tercera generación o contextuales se han visto en pleno auge, ya que ofrecen perspectivas distintas sobre el sufrimiento y sobre la manera de orientarse hacia una vida con sentido (Gaja, 2019).

Las terapias de primera generación se diferencian de las terapias de tercera generación en el objetivo principal. Las de primera generación se centran en manejar contingencias con el fin de cambiar el comportamiento de la persona (Martínez, 2020). Continuando con las palabras de Martínez, en las terapias de segunda generación, se basan en el control de los eventos privados con el objetivo de conseguir cambios efectivos en la conducta y en lo cognitivo.

El origen de la ACT se ubica en Estados Unidos con los autores Hayes, Strosahl y Wilson en 1999. Esta terapia se diferencia de sus predecesoras por la ausencia de control y supresión de los eventos privados (Luciano y Valdivia, 2006). Por lo que los problemas provienen de la historia vital y a su manera de derivar los pensamientos y emociones (llamados eventos privados), y su manera de reaccionar ante ellos (Luciano, 2016). De ahí surge la idea de la inflexibilidad psicológica, entendida como la manera de interactuar eficaz o ineficazmente (inflexibilidad) entre conducta y reglas. De manera que la ACT tiene como fin generar repertorio flexible (Luciano, Ruiz, Gil y Ruiz, 2016).

El objetivo de la ACT se focaliza en el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Como lo explica Martínez (2020), la TEE es el pilar central de la ACT y por lo tanto tienen el mismo foco teórico. Por lo tanto el objetivo de la ACT es el de “cambiar y/o alterar la función de los pensamientos, emociones, recuerdos y sin alterar el contenido y producir flexibilidad psicológica (Luciano y Valdivia, 2006, p.84).

La ACT tiene como reputación ser la terapia más completa de las terapias de tercera generación (Luciano y Valdivia, 2006). Las otras teorías de la tercera generación son: la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan,1993), la Psicoterapia Analítica Funcional, también conocida bajo las siglas “FAP” (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Integral de Pareja (Jacobson et al., 2000), y la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness, también conocida como “MBCT” (Segal, Teasdale y Williams, 2002).

En España, la Terapia de Aceptación y Compromiso tiene cada vez más representación. La Universidad de Almería (UAL) es uno de los precursores en nuestro país, ya que psicólogos como Carmen Luciano Soriano, Francisco Javier Molina Cobos o Francisca López Ríos, han traído esta terapia novedosa de EEUU para transmitirla en España. Actualmente, muchos psicólogos formados en ACT han sido alumnos de algunos de estos docentes. Por ejemplo, en el Instituto de Psicología Contextual en España, varios de sus miembros principales han sido formados en la UAL. Además Carmen Luciano es también miembro del Instituto de Psicología Contextual de Madrid (MICPSY), en el que forma a psicólogos con un máster oficial lo que muestra la relevancia que tiene esta terapia en las terapias contextuales o de tercera generación.

Con lo que respecta el maltrato y su relación con la ACT, cabe señalar que existen varias investigaciones y programas que se han llevado a cabo, tanto desde la perspectiva de ayudar a la víctima de maltrato, como desde la perspectiva de reeducar a los maltratadores. Por ejemplo, el estudio de Sahagún y Salgado (2013) estudiaba la aplicación de la ACT en los hombres que cumplían condena por maltrato. Los resultados de este estudio piloto fueron muy esperanzadores y positivos ya que constataron una reducción de los impulsos hacia la violencia y los empleados de la penitencia notaron significativamente este cambio.

El estudio de Flores (2018) que emplea la ACT y Mindfulness para la reinserción de maltratadores encarcelados avala los resultados presentados anteriormente. El estudio propone numerosos ejercicios a través de un plan de intervención para aplicar en la cárcel

a través de sesiones individuales con los presos y con sesiones grupales. Esta propuesta de intervención reivindica la idea de que la ACT es una buena opción para tratar el maltrato en todos sus aspectos.

En cuanto a estudios hacia la empleabilidad de la ACT para ayudar personas maltratadas, se realizó un estudio sobre el alcance de la terapia en el tratamiento de agresiones sexuales. Según Gutiérrez y García (2001), la ACT resulta especialmente útil para este tipo de maltrato debido a la aceptación de esos eventos privados originado por la agresión.

El estudio de Gómez et al. (2012) orientado hacia el maltrato infantil y las familias disfuncionales refuerza la idea de la eficacia de la ACT cuando se trata de maltratos. Además consigue resultados muy significativos ya que se reduce las interacciones negativas de los padres con sus hijos y aumentan las interacciones positivas.

Según Feligreras (2014), la ACT es una aproximación innovadora que ha demostrado tener eficacia en el estudio del abuso sexual infantil. En su estudio defiende la capacidad que tiene esta terapia para ayudar las personas que han sufrido algún tipo de abuso, recomendando el uso de la ACT por sus resultados prometedores en la ayuda terapéutica del maltrato.

Maltrato

“La violencia en las relaciones de pareja es un problema crónico de salud pública en todo el mundo” (García, 2017, p.399). Los datos acerca de la violencia sufrida por los hombres son escasos pero ambos sexos pueden ejercer el rol de agresor y de víctima. Según López (2015), más del doble de mujeres se han sentido víctimas de maltrato durante un noviazgo juvenil frente a los hombres en España. Este dato muestra la importancia de encontrar por parte de los psicólogos técnicas y programas para ayudar a esas personas tras haber sufrido maltrato por su pareja.

La violencia íntima llamado “dating violence” en inglés, es un concepto muy relacionado con el maltrato psicológico. Sugarman y Hotaling (1989) lo conceptualizan como “aquel que tiene lugar en el marco de una relación romántica mediante la realización directa de cualquier acto violento o conducta intimidatoria infligida por un miembro de una pareja no casada sobre el otro”(p.5). ¿Pero en qué se diferencia del

maltrato psicológico? La respuesta es que la violencia íntima incorpora la agresión física en el maltrato.

Basoglu (2007) confirma que los sujetos que han sido víctimas de humillación, manipulación e intenso estrés psicológico, se han deteriorado igual que las víctimas de maltrato físico. Lo que incrementa aún más la importancia de tratar las secuelas de estos malos tratos.

Según el DSM-V (2014), se considera maltrato psicológico cuando “hay actos no accidentales verbales o simbólicos por parte de un miembro de la pareja que provoquen o generan probabilidad razonable de provocar daños significativos al otro miembro”. En concreto, recoge actos de humillación, interrogación, restricciones económicas, sociales, y de movimientos, dañar la integridad de la persona o cosas que le importen, amenazarla con agresión física o sexual, o convencerla de que está loca.

En cuanto a los códigos del DSM-V (2014) para el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja hay de dos tipos: confirmado o sospechado. Hay un tercer tipo, relacionado con otras circunstancias no cabidas en los dos primeros. En la siguiente tabla (tabla 1) se ven reflejado los códigos con las situaciones que se deben aplicar:

Tabla 1. *Códigos de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja según el DSM-V.*

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado	
995.82 (T74.31XA)	Hallazgo inicial
995.82 (T74.31XD)	Hallazgo ulterior
Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado	
995.82 (T76.31XA)	Hallazgo inicial
995.82 (T76.31XD)	Hallazgo ulterior
Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja	
V61.11 (Z69.11)	Vista de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V15.42 (Z91.411)	Historia personal (antecedente) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V61.12 (Z69.12)	Vista de salud mental para el autor de maltrato psicológico hacia el cónyuge o pareja

Además del maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, el DSM-V (2014) recoge otras variaciones según si es otra persona el autor del maltrato. Estas son: maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (confirmado o sospechado), abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (confirmado o sospechado), maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (confirmado o sospechado), y otras circunstancias relacionadas con el maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja. Todas estas categorías del DSM-V están codificadas del mismo modo en la Tabla 1, sin embargo, debido al interés y a la anamnesis del caso presentado posteriormente, no es preciso desarrollar los códigos.

Pese a que existe una definición por parte del DSM-V (2014), en la comunidad científica y psicológica no existe un consenso. Como apoyan Rodríguez-Carballeira et al. (2005) existe una carencia de una definición operativa consensuada por la violencia psicológica. Pese a ello, la literatura científica se orienta hacia un concepto o expresión conocida como “abuso psicológico”, siendo este más aceptado por su amplio abanico de perspectivas que recoge, incluso las más sutiles (Salinas y Espinosa, 2014).

Según un estudio de Follingstad (2007), el abuso psicológico es con frecuencia un precursor de la violencia física, siendo este más duradero en el tiempo y causando una mayor resistencia al abandono de la relación conyugal. Debido a que esto ocurre, es lógico buscar tratamientos, programas preventivos y herramientas para encontrar alternativas y soluciones a estos problemas.

La investigación de Taverniers (2001) describe indicadores asociadas al maltrato psicológico y emocional. Al conocer estos indicadores, podemos informar a la víctima de cuáles son estos indicadores y cómo detectarlos para evitar sufrir maltratos. Por ejemplo, si reconoce algunos de estos tipos de manifestaciones en su actual pareja puede remediarlo, comunicándole a su pareja lo que está pasando. Porque estas manifestaciones son subfactores del maltrato psicológico. La tabla 2 resume estas manifestaciones

Como alternativa a la ACT también se puede reorientar la sesión de terapia hacia otros movimientos de la psicología. En el caso del modelo de Atención Psicológica de Díaz (2008) utiliza una técnica conocida como el familiograma. Esta técnica empleada en la teoría de sistemas trata de desarrollar la vida de la persona y sus elementos más significativos utilizando símbolos y gráficos. Esto permite concienciar a la persona de la

situación en la que vive pero también ayuda al terapeuta a crear un marco general de la vida del usuario.

Tabla 2: *Factores y subfactores del Cuestionario de Maltrato Emocional*

Factores	Subfactores
Desvalorización	<ul style="list-style-type: none"> - Ridiculización - Descalificaciones - Trivializaciones - Oposiciones - Desprecio
Hostilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Reproche - Insultos - Amenazas
Indiferencia	<ul style="list-style-type: none"> - No empatía ni apoyo - Monopolización
Intimidación	<ul style="list-style-type: none"> - Juzgar, criticar, corregir. - Posturas y gestos amenazantes. - Conductas destructivas.
Imposición de conductas	<ul style="list-style-type: none"> - Bloqueo social - Órdenes - Desviaciones - Insistencia abusiva - Invasiones en la privacidad - Sabotajes
Culpabilización	<ul style="list-style-type: none"> - Acusaciones - Gaslighting (“Luz de gas”) - Negación/ Desmentida
Bondad aparente	<ul style="list-style-type: none"> - Manipulación de la realidad

Otra alternativa es acudir a terapia de grupos con el fin de desnormalizar la violencia. Con ello se reestructura el repertorio emocional, social, se valida la experiencia vivida y se crea nuevas relaciones sanas y positivas (Instituto Nacional de las Mujeres, 2011). La relación terapeuta-paciente también tendría efecto, y apoyado por los compañeros de sesión, se consigue un ayuda psicológica importante.

En cuanto al abordaje psicológico que se utiliza para las mujeres maltratadas, Diaz (2008), describe en su modelo de atención psicológica numerosas líneas de trabajo que

se puede emplear. La siguiente tabla corresponde con algunas de sus puntos más importantes:

Tabla 3: líneas de abordaje psicológico para mujeres maltratadas según Diaz (2008).

Abordaje psicológico de mujeres maltratadas
Trabajar sobre su sistema de creencias
Clarificar el ciclo de violencia de su relación
Analizar la historia de violencia de su familia
Trabajar el miedo, la vergüenza y la culpa
Estimular la autonomía, el desarrollo personal y la autoestima
Ayudar con el sentimiento de soledad y duelo de la separación

Finalmente, el libro de Hayes y Smith (2017) “Sal de tu mente, entra en tu vida” propone numerosas actividades y ejercicios basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso y basados en abundantes evidencias científicas. Por ello, parte de la propuesta de intervención se inspira en esos ejercicios.

Propuesta de intervención en maltrato: diseño de caso único

El presente trabajo pretende establecer una propuesta de intervención tomando como referencia a una mujer que ha sido maltratada. En la actual propuesta de intervención se establecerán objetivos y actividades enfocadas a las necesidades del caso descrito a continuación, que permita flexibilizar la utilización de este diseño para otros casos de maltrato. Debido a la situación del COVID-19 y la incompatibilidad legal de un estudiante de grado de psicología, dicha propuesta no ha podido implementarse.

Propuesta de Intervención

Descripción del caso

El presente estudio muestra una propuesta de intervención tomando de ejemplo el caso de P, una mujer de 54 años de edad diagnosticada con una depresión y ansiedad moderada. El diagnóstico fue realizado en 2020 en el centro *Nexo* de Almería, siendo utilizado los inventarios BDI-2 y BAI. La paciente lleva recibiendo atención psicológica

desde hace más de 6 meses con una sesión semanal. Su motivo de consulta fue la de trabajar aspectos de su vida tras su ruptura con su exmarido maltratador.

P estuvo 15 años casada con su exmarido, en el que ha sufrido durante esos años numerosos actos de violencia, siendo habituales actos de insultos y humillación. En los dos últimos años de relación, estos actos se han ido agravando, siendo cada vez más frecuentes y sumándole actos de violencia física. La ruptura se inició la semana antes del inicio del estado de alarma de la pandemia de la COVID-19, tras una disputa en la que salió herida física y psicológicamente. Tras la intervención policial, su marido fue expulsado del domicilio familiar pudiendo ella quedarse con su hija menor de edad. Tras estos meses, la relación conyugal se quebró definitivamente llegando al divorcio. Actualmente viven separados con la custodia para P pero con visitas de la hija en el domicilio paternal según lo acordado previamente.

P trabaja gestionando distintos bienes de propiedades que alquila ganando una cantidad económica mínima para los gastos suyos y el de su hija adolescente. Para completar su jornada laboral, también atiende a un pariente con una enfermedad mental grave, con deterioro de memoria y obesidad mórbida. Por otro lado, recibe una pensión alimentaria para los gastos de su hija por parte de su exmarido. P echa de menos sus años en su anterior trabajo en el que tenía un ingreso mucho mayor y era un puesto importante para ella. Se definía como una persona libre, autónoma y fuerte. Esa decisión de abandonar su trabajo fue intensamente aconsejada por su marido.

Actualmente se encuentra en otra relación, en el que el hombre también tiene una hija, sin embargo, no existe una amistad fraternal entre ambas hijas. P teme volver a cometer los mismos errores con su nuevo compañero de vida. Asimismo, su autoestima (así lo define ella) se ha visto rebajada, por lo que viene también a consulta para buscar una solución a ello. De modo que necesita una atención psicológica en diversos aspectos de su vida por lo que acude a la consulta.

En cuanto a su círculo social, este no se ha visto muy afectado por la ausencia de su marido. La pareja tenía el mismo círculo de amigos, y todos ellos la han apoyado abiertamente dejando de lado al exmarido. Incluso dos de ellos les ha dado dinero durante la cuarentena para sus gastos y para reformar una propiedad. P se considera con mucha suerte ya que puede contar con personas que la apoyan. Sin embargo, en el ámbito

familiar, no se reproduce este patrón, excepto con su hermana mayor. Define su familia como muy tradicional y fría.

Evaluación y diagnóstico

Instrumentos

Además del Inventario de Depresión de Beck (BD1-2) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), también se le ha aplicado un test de personalidad, el Cuestionario Breve de Personalidad (CPB), y una escala de dependencia emocional conocida como la Escala de Dependencia Emocional de la Pareja (SED). En la tabla 4 se puede comprobar los resultados de las cuatro herramientas de evaluación.

Tabla 4: *Pruebas de evaluación administradas al caso P.*

Pruebas de evaluación	Resultados
Inventario de Depresión de Beck (BD1-2)	Depresión moderada
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Ansiedad moderada
Cuestionario Breve de Personalidad (CPB)	<ul style="list-style-type: none"> - Saliencia: 4 - Sociabilidad: 8 - Calidez: 8 - Empatía: 8 - Orden: 4 - Rapidez: 6 - Depresión: 4 - Ansiedad: 5 - Apertura: 3 - Intelecto: 5
Escala de Dependencia Emocional de la Pareja (SED)	- Dependencia Emocional Severa

Objetivos

El objetivo principal a largo plazo que se quiere conseguir con la implementación del programa es la mejora del estado psicológico de P en las diversas áreas de su vida. Por ello, la Terapia de Aceptación y Compromiso es idónea con este tipo de paciente tal como lo explicaba Gutiérrez y García (2001).

Los objetivos específicos serían los siguientes:

- Mejorar su estado emocional y conseguir la flexibilidad psicológica.
- Motivar al paciente y crear nuevas conductas positivas.
- Mejorar la autoestima de P, ya que se consideraba una mujer atractiva pero según ella, los años le han pasado factura. Por lo que se preocupa por su imagen y le afecta psicológicamente.
- Reducir la dependencia emocional hacia la pareja, incluyendo la pareja actual. Ya que tiende dejarse invadir por las decisiones de su pareja cuando ella no quiere hacerlo, provocándole cambios de estados de ánimo y malestar.

Contexto

A la hora de implementar una intervención efectiva, es necesario conocer con profundidad el lugar o contexto donde se va a realizar, por lo que en este caso se trata de un contexto formal de consulta psicológica. En el caso único estudiado aquí, el contexto se ubica en el centro Nexo de Almería capital en el que tiene sesiones individuales con la/los psicóloga/os. La adaptación de las sesiones se basa en las necesidades de P para que se restaure su bienestar emocional. Conjuntamente a las sesiones de la psicóloga del centro, P tiene sesiones con otro psicólogo que complementa la labor de la psicóloga principal.

Planteamiento de la intervención

La intervención tendrá una duración mínima 2 meses, siendo este tiempo flexible para adaptarse a las necesidades de la paciente. Se recomienda una sesión semanal de 45 minutos en el que siempre deberá acordar una parte (el tiempo que vea necesario) a la realización de conocer cómo se ha desarrollado la semana de la paciente. Esto tiene como fin conocer el estado de ánimo de la persona, los acontecimientos ocurridos en ese tiempo y cómo se defiende ante ellos. Adicionalmente, permite ver si las sesiones anteriores están dando sus frutos. Cuando termine esos dos meses de intervención se recomienda realizar otra vez las diferentes evaluaciones realizadas al inicio para conocer el progreso de nuestra paciente. La idea es realizar un estudio similar a un diseño pretest-postest, para así confirmar la eficacia de nuestra propuesta de intervención.

Procedimiento:

Ejercicio 1: Registro de estrategias

Con este ejercicio se busca conocer los pensamientos y sentimientos dolorosos y saber cómo se enfrenta a ellos. Por ello consta de una tabla de ejemplo (Anexo 1) que permite aplicarla en la sesión. Esta tabla sirve para concienciar al paciente de su situación actual. Además consta de dos columnas que corresponden con la eficacia de las estrategias de afrontamiento que utiliza para sus pensamientos dolorosos. Se divide en dos tipos: a corto y a largo plazo. En estas dos columnas debe puntuar el paciente de 1 al 5 la eficacia de esas estrategias que utiliza para afrontar los pensamientos dolorosos, siendo 1 nada eficaz y 5 totalmente eficaz (Tipo de Likert). Además, la tabla consta de otra columna que se relaciona con el costo de mantener esos sentimientos negativos. Finalmente, la última sección corresponde con la fecha aproximada que empezó a surgir estos acontecimientos negativos. Se recomienda poner una fecha aproximada.

Una vez completada la tabla, deberá basar las siguientes sesiones en trabajar los pensamientos dolorosos y gracias a la Terapia de Aceptación y Compromiso, tratar esos sentimientos. Además, esta actividad va a sentar las bases para las siguientes actividades como la actividad número 2.

Ejercicio 2: Controla tu evitación

Esta actividad tiene como objetivo conocer en qué situaciones ha funcionado evitar una situación incómoda, y así proponer otras alternativas en estos contextos. La primera parte de la actividad consiste en anotar todas las situaciones donde la paciente P ha tenido control consciente de solucionar los problemas obteniendo resultados positivos. Una vez hecho esta lista, el segundo paso consiste en centrarse en su infancia y recordar si ha habido momentos en los que le han obligado a controlar sus sentimientos (por ejemplo, “deja de llorar o te voy a dar una razón de hacerlo”) y anotar todos esos mensajes. El tercer paso, consiste en anotar diferentes momentos de su vida donde cree que ha disimulado lo que sentía (tristeza, miedo, etc.) porque los demás mostraban indiferencia ante el estímulo aversivo. Es importante reconocer que la felicidad no es ausencia total de momentos dolorosos como nos quiere hacer ver la sociedad. Por lo que el cuarto paso corresponde con identificar algunos mensajes publicitarios que reflejen ese mensaje. Además, tiene que indicar cuál cree que podría ser el mensaje subliminal relacionado con la evitación.

Finalmente el último paso consiste en escribir como hubieran reaccionado las personas que tienes como ejemplo en la vida (las personas que admiras) ante las situaciones que evitas. Con ello se conseguirá que encuentre otras alternativas que pueda utilizar cuando vuelva a repetirse la situación de experiencia evitativa.

Ejercicio 3: Concentración en el presente

Esta actividad tiene como objetivo centrarse en los pensamientos actuales, especialmente, los anotados en el ejercicio 1. Para ello debe primero anotar todos los pensamientos que le vienen a la mente y describirlo. Es normal si se divaga y se pasa de un pensamiento a otro. Por ello, hay que aprender a entender nuestros pensamientos y sobre todo no actuar al pie de la letra con ellos. Porque si eso sucediera, todas nuestras conductas serían impulsivas (por ejemplo, ¿me como toda la tarta? ¿Salto del puente? Etc.). Una vez realizado la lista, se debe separar la identidad de los pensamientos, es decir, evitar que ocurra una fusión cognitiva. La fusión cognitiva es cuando las expresiones o pensamientos que tenga la persona, las cree de tal manera que al final piensa que la persona es el sentimiento. Por ejemplo, soy la depresión y nada más.

En tercer lugar, debe elegir unos de los pensamientos dolorosos de la lista, concentrarse solo en ese pensamiento y observarse a sí mismo. Ahora se debe continuar cambiando el proceso de cómo se ve esa persona ante ese pensamiento, consiguiendo así que encuentre otra alternativa a ese pensamiento negativo. Por lo que en vez de mirar a los pensamientos desde esos mismos, se consigue despersonalizarlos.

Este ejercicio puede durar una sesión entera o quizás más, si fuera necesario volver a repetirlo en la siguiente sesión. También se recomienda realizar este ejercicio con cada pensamiento disruptivo, por lo que la duración de la actividad puede llevar varias sesiones.

Ejercicio 4: Criatura de dolor

Esta actividad tiene como fin externalizar el dolor o pensamiento negativo de la lista del ejercicio 1. Para ello debe elegir un pensamiento doloroso y sacarlo mentalmente del cuerpo. Después tiene que decir en voz alta los siguientes aspectos de su dolor: (color, medida, forma, peso, puede moverse y textura). Luego debe responder a las siguientes cuestiones: ¿Qué es lo que hay en esa experiencia que no puedas aceptar como es? ¿ Tiene que ser la criatura su enemigo? Ahora deberá anotar las sensaciones que tiene sobre ese

dolor. ¿Esas sensaciones tienen color, medida, forma, peso, pueden moverse y tienen textura? ¿Esa sensación tiene que ser su enemigo? Debe intentar aceptarla. Ahora vuelve al dolor inicial y busca diferencias respecto a las primeras descripciones. Finalmente internaliza de nuevo a esas sensaciones como si fueran tus hijos que llegan sucios y malolientes, pero los aceptas de manera acogedora. El ejercicio termina preguntando por cómo se siente ahora la persona y si nota un descanso o paz por dentro de ella.

El objetivo de esta actividad es reconectar con algunos aspectos dolorosos de la vida de la persona a través de una externalización de estos. Dándole forma y color se consigue personalizar el dolor hasta entenderlo.

Este ejercicio puede durar varias sesiones dependiendo de la cantidad de sensaciones dolorosas que se requiera trabajar. Sin embargo, no se recomienda estar toda la sesión con este ejercicio sino terminar con otro ejercicio que sea más lúdico (por ejemplo, alguna técnica proyectiva) para no causar fatiga en la persona que acude a consulta.

Ejercicio 5: Más cerca de los valores

Esta actividad se resume en lograr que la paciente P se proyecte en su vida hacia los valores que defiende para así conseguir la flexibilidad psicológica. Para ello debe primero escribir en una lista todos los valores que le son importantes. En segundo lugar, debe reflexionar sobre cuáles de esos valores aplica al día a día. Probablemente algunos de ellos, no haya tenido la oportunidad de aplicarlo, y de eso se trata, ya que para conseguir la flexibilidad psicológica debe estar acorde con sus valores. En tercer lugar, se crea un contexto (rol playing) para visualizar los valores que no aplica y así encontrar situaciones que podrá utilizarlos en lo cotidiano. Esta actividad es creativa y lúdica por lo que permite tener una buena relación con la paciente P.

En cuanto a su duración puede ser de una o dos sesiones, según la necesidad del paciente. Esto se debe a que depende del número de valores que no controla o no aplica en su día a día.

Ejercicio 6: Economía de fichas

Este ejercicio se centra en crear nuevas conductas aportando reforzadores positivos a la paciente P. Esta actividad no se basa en la Terapia de Aceptación y Compromiso, sin embargo, es muy útil para motivar al paciente y conseguir conductas

nuevas o disminuir otras que sean incompatibles con los objetivos de las sesiones. Se recomienda aplicarla al principio del programa para así mantener la motivación de P.

Para la realización de esta actividad se necesita la tabla de economía de fichas (anexo 2) la cual se divide en tres partes. La primera parte se encuentra en la parte superior y corresponde con las conductas a modificar (nuevas o antiguas a disminuir). En ella se debe apuntar las 4 conductas (hay cuatro casillas, siendo posible su aumento si fuera necesario). La segunda parte se sitúa en la zona central de la hoja, siendo el lugar donde se apunta con una “X” si se ha realizado esa conducta diariamente. La tercera y última parte, corresponde con los reforzadores positivos, y se sitúa en la parte inferior de la ficha. En ella se encuentran los diferentes premios y valores. Estos premios pueden ser comprados gracias a las “X”, siendo usados como si fuera una moneda para comprar el premio. Una vez utilizados se borran de la ficha y se empieza de nuevo la suma de la conducta nueva.

Para evitar que solo se haga la conducta por el premio, se recomienda multiplicar por dos todos los valores de los premios después de un mes aplicando la economía de fichas. Con ello se consigue que se mantenga la conducta por razones intrínsecas y no extrínsecas como durante el primer mes.

Ejercicio 7: Yo y mi autoestima

Esta actividad busca mejorar todos los aspectos del yo, como el autoconcepto y la autoestima. Para ello se ha diseñado la siguiente actividad. En primer lugar, debe hacer una lista de fortalezas según lo que dicen las otras personas, según lo que cree que tiene, y las cosas que le hacen sentir orgulloso de sí mismo. En segundo lugar, se debe valorar los elogios de las otras personas hacia la paciente según si se lo cree o no (valorar de 1 al 10, siendo 10 creérselo completamente).

La segunda parte de la actividad consiste en dibujar un árbol y poner en el tronco las cualidades y logros más importante para la paciente, y en las ramas las de menor importancia. El objetivo de esta parte es hacer visualizar la paciente las cualidades que tiene y así conseguir mejorar la autoestima.

La tercera parte de este ejercicio se basa en definir cuál es la persona que admira y/o respeta en su vida, describiendo sus cualidades. Después debe reflexionar hacia los puntos en común que tiene con esa persona, siendo muy probable que tenga bastantes.

Por último, debe plantearse un proyecto de superación personal, que se irá valorando en las siguientes sesiones. Con ello se consigue trabajar en algo que le entusiasme y crear un vínculo con sus gustos y motivación.

Ejercicio 8: Yo y después él

Esta actividad se centra en la separación de la identidad de la paciente P con su pareja. No se busca que rompan la relación, sino que la vida del paciente no se centre exclusivamente en la de su pareja. Ya que si eso ocurriese con demasiada frecuencia, no podría separar sus emociones y otros aspectos cotidianos de ella. Este ejercicio lo compone un rol playing en el que debe inspirarse en una serie de acontecimientos “problemáticos” con su pareja y recrearla. Con ello se busca encontrar cuáles han sido los motivos de la disputa y cuáles pueden ser las alternativas. Aunque este ejercicio podría estar enfocado para los dos miembros de la pareja, se recomienda empezar este ejercicio solo con la paciente P. En segundo lugar, el paciente debe reflexionar sobre otras actividades a realizar por su cuenta sin su pareja, pudiendo ser en el propio domicilio (leer un libro) o fuera de él (apuntarse a clases de yoga). Con ello se busca que se independice de realizar las mismas actividades que su cónyuge y así conseguir sensaciones diferentes a las habituales.

Esta actividad tiene una duración recomendada de una sesión. Sin embargo, se deberá controlar con frecuencia si se está aplicando el ejercicio.

Finalmente, el anexo 3 recoge una tabla que resume de manera visual todos los puntos importantes de cada actividad de la propuesta de intervención. Esta tabla la divide los siguientes puntos: nombre del ejercicio, explicación breve del ejercicio, duración de la prueba, aspecto que evalúa y formato de aplicación. Se recomienda repasar la tabla y tenerla a mano a lo largo de la administración del programa para no desorganizarlo. Sin embargo, algunos ejercicios del programa no necesitan un orden, si está bajo la supervisión del terapeuta que lo aplica.

En definitiva, el programa es flexible pero debe respetar un cierto orden lógico, según las actividades presentadas y las pautas explicadas en cada una de ellas.

Resultados esperados

Como ya se ha mencionado, este estudio es una propuesta de intervención, por lo que no consta de resultados reales. Los resultados esperados son que reduzcan

significativamente su depresión, ansiedad y dependencia emocional, y que se incrementen su autoestima y motivación intrínseca. Por ello, el programa consta de 8 bloques de actividades especialmente enfocados en las necesidades de la paciente P.

Las cinco primeras actividades del programa de intervención se centran en la Terapia de Aceptación y Compromiso y tiene como fin conseguir la flexibilidad psicológica obteniendo así una mejora del bienestar emocional de la paciente P. Con ello ya se espera reducir drásticamente el malestar psicológico existente. Sin embargo, para intensificar los resultados esperados se implementa una economía de fichas con el fin de motivar a la paciente y así lograr mayores resultados. Adicionalmente, hay una sesión enfocada únicamente en trabajar la autoestima (consta de diferentes ejercicios) con lo que se espera lograr un cambio de pensamiento y aumentar la autoestima de la paciente P. Finalmente, la última sesión está enfocada esencialmente en lograr disminuir la dependencia emocional, trabajando la independencia en la vida cotidiana de P.

A parte de las actividades propuestas, no se debe negar la importancia del efecto terapéutico de la relación terapéutica, es decir, el efecto que reduce el malestar de la paciente por asistir a la sesión y hablar de sus asuntos problemáticos con el terapeuta. El habla y la escucha por parte del terapeuta reduce sensiblemente el malestar de la paciente consiguiendo que vuelva al domicilio relajada y en mejor estado psicológico que antes de la intervención. Sin embargo, este efecto es de poca duración ya que no suele durar más allá de dos o tres días. Por esta razón, se debe implementar actividades en sesiones y en casa, para que los resultados a largo plazo den sus frutos.

Discusión

Según el Instituto Nacional de estadística (INE, 2020), en España el número de víctimas domésticas creció un 8.2% respecto a 2019, por lo que apoya la importancia de cubrir las necesidades que tienen esas personas para poder ser tratadas. En este trabajo se resalta la importancia que tiene la terapia para ayudar a este tipo de caso, especialmente la Terapia de Aceptación y Compromiso.

En el presente trabajo se busca conseguir una mejora del estado emocional y bienestar general de la paciente P en todos los contextos de su vida a través de la implementación del programa de intervención y las actividades propuestas. Para ello, se debe aplicar las actividades del programa, siguiendo las instrucciones y recomendaciones de cada una de ellas. También resaltar que el programa está organizado para suplir las

necesidades específicas del paciente, por lo que hay que prestar una especial atención por si ella sufriera irregularidades para así cambiar algunos aspectos de las actividades.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de esta propuesta de intervención, pueden ser dos: la motivación y la sensibilidad a cambio situacionales. Es imposible saber con certeza cómo se va a evolucionar la paciente durante esos dos meses de programa, ni cómo le van a afectar los estímulos aversivos que le rodea mientras asiste a las sesiones. Esto se debe a que todo el mundo reacciona de manera diferente ante ciertos tipos de estímulos, especialmente los estresores, los cuales pueden empeorar el rendimiento del paciente, pero también reducir los resultados esperados del programa de intervención.

La motivación de la paciente P es primordial en nuestra propuesta de programa de intervención ya que en caso de no estarlo, dejará de asistir a las sesiones de consulta abandonando así el programa de intervención. Esto se puede dar en caso de que no sienta que se aproveche las sesiones administradas, que no se den resultados a corto plazo o que las actividades realizadas no le gusten.

Además es importante contar con dos elementos más: la disponibilidad del paciente y la relación terapeuta-paciente. Este primero es imprescindible ya que si la persona no acude a la consulta para su sesión semanal, será inviable el programa y por lo tanto, imposible cumplir con los objetivos propuestos. En cuanto al segundo elemento, la relación terapeuta-paciente debe ser sana y de confianza, ya que si se rompe este vínculo, la paciente puede dejar de acudir a la consulta, mentir sobre la manera de realizar las actividades o incluso dejar de compartir los asuntos relevantes de su vida con el terapeuta. Esto tendrá consecuencias nefastas sobre la experiencia que tendrá la paciente en consulta y posiblemente deje de acudir a psicólogos en general.

Asimismo, si las actividades no le corresponden al paciente, pueden ser sujetas a modificaciones que sean oportunas por parte del terapeuta que las aplica. En este caso, estas actividades se han condicionado según la anamnesis de la paciente P, por lo que debería encajar perfectamente con su vida. En caso contrario, existe mucha literatura reciente con otros métodos que podrían ser de utilidad, siempre cuando esté científicamente validado.

Finalmente, se espera unos resultados muy positivos ya que las actividades de este programa de intervención han demostrado su eficacia en otros ámbitos, siendo avalados

por la comunidad científica. Las técnicas de segunda y tercera generación tienen el apoyo científico a diferencia de otras influencias psicológicas tales como la Gestalt o el psicoanálisis. Por esa razón, se cree que habrá una disminución de depresión y ansiedad, y una mejora general del bienestar emocional del paciente P. cumpliendo así las expectativas y objetivos del programa.

Posibles soluciones

Para hacer frente a las limitaciones expuestas en el apartado anterior, sería de gran importancia contrastar opiniones con otros expertos en estos asuntos, sin embargo, este apartado se centra en las posibles soluciones que se puede encontrar.

En primer lugar, para solucionar la motivación de la paciente P se ha establecido una economía de fichas, por lo cual ya debería mantener en alerta a la persona pero también aumentando la motivación usando reforzadores. Para evitar el abandono del programa se recomienda tener un feedback mensual por parte de la paciente, especialmente de las actividades del programa que se realizan y de su estado emocional actual.

En segundo lugar, para los cambios situacionales, se debería recomendar a la persona no cambiar su rutina durante el programa para evitar que esté expuesta a estresores no controlados y que impida tener los resultados esperados. Por ejemplo, si va a hacer paracaidismo, que luego le cause miedos muy significativos en otros ámbitos de su vida, este primero perjudicará a los resultados del programa. Sin embargo, lo de no cambiar su rutina no se refiere a que debe mantener las conductas problemáticas que se intentan cambiar, ya que eso falsearía también los resultados. Una posible instrucción sería: “Debe mantener su vida cotidiana como antes de acudir a consulta, pero aplicando lo que se aprende aquí, para lograr cambios a largo plazo”.

En tercer lugar, se debe mantener una flexibilidad horaria para poder aplicar el programa, ya que es normal que ocurra imprevistos y que se pierda una sesión. Para ello, se recomienda prever un segundo día, siendo ese de incidencia, para así no perder la sesión semanal y mantener el compromiso con el programa. En caso de que no pueda ser presencial, se podría hacer algunas actividades de manera virtual/online, siendo indicado en la tabla de resumen en el anexo 3. Con esto también se favorece una compatibilidad horaria con la paciente P.

Por último, para mantener una relación terapeuta-paciente sana se recomienda las siguientes soluciones: mantener una relación cordial y amigable, pero manteniendo siempre la postura de profesionalidad clínica que se requiere y fomentar el habla de la paciente y la escucha por parte del terapeuta, pero participando en la sesión sin ser protagonista de ella. Gracias a esos consejos se permite crear un vínculo profesional fuerte para que el efecto terapéutico explicado anteriormente se produzca y conseguir avances en las sesiones, y por lo tanto, en el programa de intervención.

Si el programa se ha aplicado como se ha explicado en los apartados anteriores, debería acabar a los 2 meses, o más según la necesidad de ampliar un ejercicio u otro (especialmente los de la ACT). Al finalizar el programa se deberá volver a aplicar los test que fueron administrados al inicio del programa, es decir, los test de : depresión, ansiedad, personalidad y dependencia emocional. Si estos han disminuido significativamente, se puede establecer que el programa de intervención propuesto ha tenido una eficacia muy positiva y que las actividades presentadas cumplen con sus objetivos. En caso contrario, se deberá presentar ante otro comité de expertos para encontrar los posibles fallos del programa, siendo también una buena oportunidad, para así mejorarlo y poder ser de utilidad para otras personas con dificultades similares.

Para concluir, la prioridad del programa es el de mejorar el bienestar de la paciente P. en todos los aspectos de su vida, pero también aspira a un objetivo mayor. Este objetivo es el de permitir la replicabilidad del estudio, y que ayude a otras personas alrededor del mundo a reducir esos malestares pero también aceptando los momentos dolorosos de la vida, con el fin de encontrarse mejor consigo mismo. Por lo que si este estudio tiene una repercusión positiva sobre terceras personas, me sentiría muy orgulloso de haber podido colaborar y ayudar a estas personas que lo necesitaban.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Médica Panamericana.
- Basoglu, M. (2007). A mental health care model for earthquake survivors. En U. Niaz, ed. *Pakistan earthquake 2005. The Day the Mountain moved: International Perspectives on Handling Psychotrauma*, pp.194-199. SAMA Editorial and Publishing Services.
- Blázquez, M., Moreno, J., y García-Baamonde, M. (2009). *Estudio del maltrato psicológico, en las relaciones de pareja, en jóvenes universitarios*. Universidad de Extremadura. España.
- Díaz, N. (2008). Programa de violencia. Modelo de Atención psicológica a mujeres que viven violencia. *Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco*. México.
- Feligreras, E. (2014). *Técnicas de intervención en abuso sexual infantil: estrategias cognitivo-conductuales, aceptación y mindfulness*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén.
- Flores, M. (2018). *ACT y Mindfulness: una nueva vía en el ámbito de la violencia de género*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de País Vasco.
- Follingstad, D. (2007). Rethinking current approaches to psychological abuse : conceptual and methodological issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 439-458.
- Gaja, M (2019). *Dominar terapia de tercera generación, nuevo reto de los psicólogos*. Instituto Superior de Estudios Psicológicos.
- García-Díaz, V., Lana-Pérez, A., Fernández-Feito, A., Bringas-Molleda, C., Rodríguez-Franco, L., & Rodríguez-Díaz, F. (2018). Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Atención Primaria*, 50(7), 398–405. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.001>
- Gómez, I., Hódar, J., García, M. y Martínez, M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38(157), 39-58.

- Gutiérrez, O. y García, J. (2001). Posibilidades y límites de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de agresiones sexuales. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 11-20.
- Hayes, S., y Smith, S. (2017). *Sal de tu mente, entra en tu vida : la nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer.
- INE (2020). *Violencia doméstica y violencia de género 2020*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jacobson, N., Christensen, A., Prince, S., Cordova, I., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy : An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kohlenberg, R., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York.: Guilford.
- López-Cepero J., Lana, A., Rodríguez-Franco J., Paíno S., Rodríguez-Díaz F. (2015). Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *Gac Sanit.*29:21–26.
- Luciano, C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(102).
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 3-14.
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, C., Ruiz, F., Gil, B. y Ruiz, J. (2016). Dificultades y barrera del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16 (3), 357-373.
- Martínez, J. (2020). *Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos con ataques de pánico*. Trabajo Fin de grado. Universidad de Almería.

- Olivares, J., Macià, D., Rosa, A. y Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide. ISBN: 978-84-368-3013-2. <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=3667049>
- Rodríguez-Caballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. y Carroble, J. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología*, 36 (3), 299-314.
- Sahagún, L. y Salgado, C. (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13.3, 289-305.
- Salinas, J. y Espinosa, V. (2014). *La definición de abuso psicológico en una muestra de jóvenes universitarios*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Segal, Z., Teasdale, J., y Williams, M. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York. Guilford Press
- Sugarman, D. y Hotaling, G. (1989). Violencia en la pareja: prevalencia, contexto y calificadores de riesgo. Pirog-Good y J. Stets, (eds.). *Violence in dating relationship: Emergin Social Issues*, pp. 3.32. New York : Praeger.
- Taverniers, K. (2001). Abuso emocional en parejas heterosexuales. *Revista Argentina de Sexualidad Humana*, 15 (1), 28-34.

Anexos

ANEXO I: Registro de estrategias de la actividad 1.

Pensamientos dolorosos	Estrategias de afrontamiento	Eficacia a corto plazo (1 a 5)	Eficacia a largo plazo (1 a 5)	Costo	¿Desde cuándo?

ANEXO II: Economía de fichas de la actividad 6

Conducta				
Frecuencia de pegatinas.				

	2 fichas
	3 fichas
	4 fichas
	7 fichas
	7 fichas
	8 fichas
	10 fichas
	10 fichas
	12 fichas
	16 fichas
	20 fichas
	28 fichas

ANEXO III: Tabla de resumen de las actividades

Nombre del ejercicio	Explicación breve	Duración	Aspectos que evalúa	Formato de aplicación
Ejercicio 1: Registro de estrategias	Anotación de los pensamientos dolorosos y estrategias de afrontamiento	1 sesión	Estrategias de afrontamiento	Presencial
Ejercicio 2: Controla tu evitación	Anotación de momentos de evitación y alternativas de modelos	1 sesión	Situaciones y alternativas de evitación	Presencial
Ejercicio 3: Concentración en el presente	Anotación de los pensamientos disruptivos. Difusión cognitiva y personalizarlos	2 o más sesiones	Pensamientos disruptivos	Presencial
Ejercicio 4: Criatura de dolor	Entender el origen de esos pensamientos dándole forma y color. Aceptarlos	2 o más sesiones	Pensamientos dolorosos	Presencial
Ejercicio 5: Más cerca de los valores	Búsqueda de flexibilidad psicológica y rol playing	2 o más sesiones	Valores	Presencial/Online
Ejercicio 6: Economía de fichas	Motivar a través de incentivos y crear conductas nuevas	2 meses	Motivación y modificación de conducta	Presencial/Online
Ejercicio 7: Yo y mi autoestima	Apuntar diferentes cualidades y logros según diferentes perspectivas	1 sesión	Autoestima	Presencial
Ejercicio 8: Yo y después él	Crear nuevas actividades separadas del cónyuge y rol playing	1 sesión	Dependencia emocional	Presencial/Online