

Intervención Contextual Basada en ACT en un Caso de Violencia de Género

Antonio Blanco Guerrero 

Psicólogo clínico. Servicio de Salud de las Islas Baleares (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 08-02-2025
Aceptado: 27-04-2025

Palabras clave:

Violencia de género
Terapia contextual
Conductual
Evitación experiencial
Valores

RESUMEN

La violencia de género es un problema persistente tanto en España como en el mundo, que genera consecuencias psicológicas para las mujeres que la sufren. Entre esas consecuencias destacan los problemas relacionados con la evitación experiencial, la falta de conexión con los valores personales y la pérdida de calidad de vida. Las intervenciones contextuales se han planteado como idóneas para abordar este tipo de problemas, pero la literatura científica sobre su aplicación a la violencia de género es escasa y, principalmente, centrada en intervenciones grupales. En este texto se muestra una intervención contextual no manualizada desarrollada con una mujer de 39 años, víctima de violencia de género. Los resultados muestran que la intervención fue eficaz para reducir las conductas problema relacionadas con evitación experiencial y falta de acción comprometida con sus valores, mejorando la satisfacción de la persona respecto a áreas relevantes de su vida. El estudio aporta evidencia sobre la utilidad de las intervenciones contextuales para problemas psicológicos relacionados con la violencia de género en contextos sanitarios públicos.

ACT-Based Contextual Intervention in a Case of Intimate Partner Violence

ABSTRACT

Intimate partner violence is a persistent issue both in Spain and globally, resulting in psychological consequences for women affected by it. Among these repercussions, we can find difficulties associated with experiential avoidance, lack of connection with personal values, and a decline in quality of life. Contextual psychological interventions have been proposed as ideal for addressing such problems, yet the scientific literature regarding their application to intimate partner violence is limited, primarily focusing on group interventions. This text illustrates a non-manualized contextual intervention with a 39-year-old woman who is a victim of intimate partner violence. The findings indicate that the intervention was effective in reducing problematic behaviours linked to experiential avoidance and a lack of committed action to her values, thereby enhancing the woman's satisfaction across important areas of her life. This study provides evidence on the utility of contextual interventions for psychological issues related to intimate partner violence within public healthcare settings.

Keywords:

Gender violence
Contextual therapies
Behavioral
Experiential avoidance
Values

Introducción

La violencia de pareja hacia las mujeres tiene un impacto significativo en diversos aspectos de sus vidas, generando consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Este fenómeno, reconocido como un grave problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud ([Organización Mundial de la Salud \[OMS\], 2013](#); [World Health Organization, 2016](#)), provoca efectos psicológicos, sociales y físicos que afectan a la calidad de vida y al bienestar emocional de las mujeres involucradas. A pesar de la importancia de abordar este problema, existe escasa información sobre la efectividad clínica de intervenciones psicológicas diseñadas para mujeres víctimas de violencia de pareja ([Isaza Cantillo y Muslaco Mendoza, 2020](#)), debido a limitaciones en la investigación clínica, como la necesidad de un diagnóstico, la necesidad de una denuncia previa, o el tamaño reducido de las muestras de participantes.

Dentro del marco de la violencia de pareja destaca la violencia de género, que abarca diversas formas de abuso, y que incluye la violencia que se desarrolla específicamente contra la mujer, por el hecho de serlo ([Ley 13/2007, de 26 de noviembre](#)). Puede entenderse como un mecanismo para subordinar a la mujer y mantener la dominación masculina en la relación, dentro de relaciones heterosexuales ([Fernández Velasco, 2015](#)). El concepto fue definido por primera vez en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Organización de Naciones Unidas (ONU) ([Organización de Naciones Unidas, 1993](#)) de la siguiente forma:

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 y la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. (p. 2)

Entre las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género se pueden encontrar dificultades para entablar o mantener nuevas relaciones de pareja, repercusiones en el tiempo libre y la vida social ([Fuentes et al., 2008](#)), mayor incidencia de problemas de salud ([Stubbs y Szoek, 2020](#)) y de problemas relacionados con la salud mental ([White et al., 2024](#)), así como repercusiones en sus hijos e hijas ([Ansara y Hindin, 2011](#)), que habitualmente quedan bajo su responsabilidad. Además, la prevalencia de estos problemas entre mujeres migrantes es elevada en España, especialmente en migrantes de Europa del Este y Latinoamérica ([Bentley y Riutort-Mayol, 2023](#)).

Muchos de los estudios publicados sobre intervención en casos de violencia hacia la mujer se centran en la reducción de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), de la depresión o de la ansiedad, con una orientación predominante cognitivo-conductual ([Félix-Montes et al., 2020](#); [Ramírez-Cruz et al., 2022](#); [Vaca-Ferrer et al., 2020](#)).

Como alternativa al modelo cognitivo-conductual se ha propuesto el modelo contextual ([Maero, 2022b](#)) como una opción adecuada, desde un punto de vista epistemológico, para entender los problemas relacionados con la violencia de género ([Bell y Naugle, 2008](#)). Desde esta perspectiva los problemas psicológicos, incluyendo los derivados de las experiencias de violencia de género, se entienden como realidades interactivas,

que son dependientes de los contextos sociales y culturales donde se dan ([Pérez Álvarez, 2014](#)).

El abordaje clínico desde el modelo contextual se basa en los principios del análisis funcional de la conducta, y la eficacia de un tratamiento se mide más por el grado de acercamiento a los valores personales y a un repertorio flexible de comportamiento, que por la reducción de los síntomas; de forma que lo que se persigue es devolver a la persona al frente de su vida, actuando en dirección a las cosas que le importan ([Pérez Álvarez, 2014](#)).

Dentro del modelo contextual se agrupan, entre otras, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) ([Kohlenberg y Tsai, 1991](#)), la Activación Conductual ([Addis et al., 2001](#)) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) ([Hayes et al., 1999](#)).

Aunque se han obtenido resultados alentadores con la aplicación de terapias contextuales a distintos problemas psicológicos en distintos contextos ([A-Tjak et al., 2015](#); [Akbari y Hayat, 2023](#); [Eastwood y Godfrey, 2024](#); [Marco Cramer et al., 2018](#); [Sanabria-Mazo et al., 2023](#); [Stiglmayr et al., 2015](#); [Wakefield et al., 2018](#)), los estudios sobre su aplicación a problemas derivados de la violencia de género son aún escasos y han estado copados, principalmente, por intervenciones grupales ([Félix-Montes et al., 2020](#); [Hernández-Chávez, 2022](#); [Ramírez-Cruz et al., 2022](#); [Vaca-Ferrer et al., 2020](#); [Valizadeh y Ahmadi, 2022](#)).

En el caso de la ACT, pueden encontrarse estudios sobre su aplicación a problemas relacionados con ansiedad, depresión y trauma, o en personas con diagnóstico de TEPT ([Bean et al., 2017](#); [Félix-Montes et al., 2020](#); [Matud et al., 2016](#); [Simões y Silva, 2021](#); [Spidel et al., 2017](#)), que pueden ser algunas de las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género.

La ACT es un modelo terapéutico que viene desarrollándose por parte de Steven C. Hayes y sus colaboradores desde la década de 1980 ([Hayes, 2002](#)). Se basa en la *Teoría del Marco Relacional* sobre la cognición y el lenguaje humanos ([Hayes et al., 2001](#)) y se incluye en el marco de la *Ciencia Contextual Conductual* ([Hayes et al., 2012](#)).

Aunque la ACT es un modelo que ha evolucionado y que sigue cambiando a través de las aportaciones de la investigación ([Luciano, 2016](#)), se mantiene el planteamiento de un modelo de los problemas psicológicos basado en seis procesos relacionados con la rigidez en el repertorio de conducta, con su reverso en seis procesos más saludables (que reflejan flexibilidad): *Fusión* (*Defusión*), *Evitación experiencial* (*Aceptación experiencial*), *Pérdida de contacto con el presente* (*Contacto con el momento presente*), *Yo-Contenido* (*Yo-Contexto*), *Pérdida de contacto con Valores* (*Contacto con Valores*), e *Inacción/Impulsividad/Persistencia Evitativa* (*Acción Comprometida*) ([Hayes et al., 2014](#)).

Este modelo de seis dimensiones de procesos se conoce como *Modelo de flexibilidad psicológica*, y se suele representar con el *Hexaflex* —la figura de un hexágono donde cada vértice simboliza un proceso o dimensión—, que ha derivado en distintas propuestas de formulación ([Sandoz, 2014](#)).

Las dimensiones representan diferentes aspectos de la flexibilidad psicológica y son interdependientes, por lo que no es posible trabajar un proceso sin trabajar otros, aunque sí sea posible dar un énfasis particular a alguno de ellos. En relación con este hecho, el modelo ha recibido críticas, especialmente en lo concerniente al ámbito de la investigación ([Luciano, 2016](#)), pero

se sigue empleando ampliamente por su utilidad para facilitar la comprensión y la comunicación a nivel clínico (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 109-136).

Método

Participantes

La persona cuyo caso se expone ha dado su consentimiento explícito para ello. Pese a esto, y a fin de facilitar la confidencialidad, se ha modificado su nombre y se han omitido aspectos que no resultan relevantes para entender el caso.

H, mujer de 39 años originaria de Bulgaria, migró a las Islas Baleares (España) a los 20 años. Domina cuatro idiomas y trabaja en hostelería desde hace 16 años. Ha mantenido una relación de 14 años en la que ha sido víctima de violencia psicológica y sexual. En el momento de la consulta estaba separada. Fruto de la relación tiene dos hijas (14 y 12 años). Su familia nuclear —progenitores y dos hermanos— vive en la misma localidad, pero desconocían la magnitud del maltrato, atribuyendo la separación al consumo problemático de alcohol de su expareja.

La relación se inició cuando H contaba 24 años, tras un embarazo no planificado que ambos decidieron asumir. La relación inicialmente era satisfactoria y, dos años después, la pareja planificó un segundo embarazo. Tras el posparto surgieron tensiones económicas que la llevaron a retomar su empleo en hostelería, reduciendo su dedicación al deporte de fuerza —actividad que practicaba con aspiración competitiva— y empeorando los hábitos alimenticios —lo que derivó en ganancia ponderal—.

En este contexto, se inició un patrón de violencia psicológica por parte de su pareja, centrado en críticas hacia su cuerpo, inteligencia y desempeño doméstico, reforzando en H sentimientos de vergüenza corporal y aislamiento social. Paralelamente, su pareja desarrolló un consumo problemático de alcohol, asociado a conductas verbales agresivas y coerción sexual, ante la que H claudicó tras varios meses, debido a un gran sentimiento de culpa por pensar que “no cumplía” las expectativas conyugales. Estos episodios se normalizaron durante años, con breves interrupciones a sus 31 y 35 años, cuando su expareja intentó reducir su consumo de alcohol.

La violencia se mantuvo oculta para su familia, debido al temor a no cumplir las expectativas culturales asociadas a roles de género tradicionales —arraigadas en su socialización en Bulgaria (Vassileva y Delpuech, 2021)— y a su autopercepción de responsabilidad en la dinámica relacional. A los 37 años, tras la reanudación de la violencia sexual, H finalizó la relación, contando con apoyo familiar, aunque se mantenía la ignorancia familiar sobre el maltrato que sufría. Tras la separación, se acordó un régimen de visitas paternales, que funcionó hasta que, meses antes de la derivación a psicología clínica, se evidenció negligencia del padre con exposición de las hijas a situaciones de riesgo (consumo de alcohol previo a traslados en coche), lo que motivó la intervención de servicios de emergencia, una denuncia penal y una demanda de custodia exclusiva por parte de H.

Clínicamente, al inicio de la terapia, H presentaba irritabilidad persistente, abandono de actividades placenteras (deporte, socialización) y adopción de un rol materno autoritario, con disminución de interacciones positivas con sus hijas. Refería también sentimientos de culpa hacia ellas y una rabia intensa hacia

su expareja. Manifestaba sentirse totalmente incapaz de afrontar el proceso judicial en marcha y también que estaba perdiendo su red de apoyo social.

Fue atendida por un psicólogo clínico en un centro de salud de atención primaria de la red sanitaria pública de las Islas Baleares. En total se realizaron 10 sesiones presenciales, y se intercambiaron correos electrónicos entre sesiones. Todas las sesiones han tenido una duración de 45 minutos, con una periodicidad media de entre dos y tres semanas. El tiempo total de la intervención fue de aproximadamente 6 meses.

Instrumentos

El principal método de evaluación fue la entrevista clínica, que se complementó con dos cuestionarios que fueron cumplimentados por la usuaria en la fase de evaluación y en la penúltima cita, y por dos medidas registradas por la propia usuaria que se tomaron en diferentes momentos (sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10). El uso de medidas auto-informadas cuenta con respaldo en cuanto a su utilidad en tratamientos basados en ACT (Twohig et al., 2006), y puede contribuir a fomentar un papel activo de la persona en su propio proceso (Kanfer, 1970). Los cuestionarios y las medidas auto-informadas fueron las siguientes:

- Un *cuestionario de evaluación de valores* elaborado por el propio terapeuta, que está basado en el de Wilson y Luciano (2002) y en el cuestionario Instantánea Vital (Ruiz García et al., 2021). Consta de 12 ítems que hacen referencia a distintas áreas vitales, para las que se evalúa el grado de satisfacción en cada una a través de una escala tipo Likert 1-10.
- *Nivel de malestar autorreferido* ante eventos privados relacionados con sus experiencias de violencia de género. Se pidió a la usuaria que reportara el nivel de malestar que los eventos privados, relacionados con las experiencias de violencia en la pareja, le generaban en las sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10.
- *Frecuencia de episodios* en que adopta un rol materno autoritario durante una semana. Se pidió a la usuaria que reportara cuántos episodios de rol materno autoritario se habían presentado en la semana previa a las sesiones 2, 6, 7, 8, 9 y 10.
- El cuestionario *Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes* (CompACT) en su versión en español (Giovannetti et al., 2022; Reyes-Martín et al., 2021). El CompACT ha sido desarrollado como una medida general de la flexibilidad psicológica y los subprocesos que la constituyen, según la conceptualización desde el modelo de ACT. Consta de 23 ítems para los que la persona debe puntuar de 0 (Completamente en desacuerdo) a 6 (Completamente de acuerdo). Los ítems se agrupan en tres subescalas, que surgen de la combinación de los seis procesos del *Hexaflex* en binomios: Apertura a la experiencia (incluye *Aceptación experiencial* y *Defusión*), Conciencia conductual (incluye *Contacto con el presente* y *Yo-Contexto*), y Acción valorada (incluye *Claridad de valores* y *Acción comprometida*). Las escalas tienen un máximo de 60, 30 y 48 puntos, respectivamente, sumando un máximo total para la prueba de 138 puntos.

Procedimiento

Se realizó una evaluación funcional basada en el modelo de ACT, que no partía de un supuesto de psicopatología (Sandoz, 2014), y no estaba orientada a un diagnóstico categorial.

Evaluación

La evaluación inicial se desarrolló durante las dos primeras sesiones. Primero se identificaron las conductas problema:

- I. *Evitación de planes sociales*: previamente era algo importante dentro de su vida, que permitía disfrutar en compañía y sentirse parte de una red social de apoyo mutuo. Desde hacía meses había ido reduciendo la frecuencia porque se sentía culpable cuando salía sin sus hijas, y salir siempre con ellas sobrepasaba su capacidad económica.
- II. *Evitación de actividad física*: anteriormente era una actividad que le hacía disfrutar tanto en solitario como acompañada, y con la que establecía objetivos con los que se comprometía. Hacía más de 3 años que la había abandonado porque sentía vergüenza de su cambio físico.
- III. *Adopción de rol autoritario en interacciones con sus hijas*: durante los últimos meses cada vez eran más frecuentes los episodios en los que se sentía muy irritada ante distintos comportamientos de sus hijas, que antes no desencadenaban reacciones emocionales tan intensas. Cuando esto ocurría acababa tomando un rol materno muy autoritario, en forma de gritos, imposiciones y críticas, que no es como deseaba actuar hacia sus hijas.
- IV. *Evitación de recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato*: cuando aparecían recuerdos o pensamientos relacionados con las experiencias de maltrato hacia ella o negligencia hacia sus hijas por parte de su expareja, se disparaban sentimientos de rabia y culpa muy intensos. Ante estos ponía en marcha distintas conductas privadas y motoras con la finalidad de reducir el malestar,

como tratar de pensar en otra cosa, sobreingesta de alimentos no deseados fuera de las comidas principales, búsqueda de actividades distractoras, rumia sobre la negligencia.

La representación del análisis funcional de estas conductas problema se muestra en las Tablas 1-4.

Posteriormente, se realizó una formulación basada en el modelo de flexibilidad psicológica, en la que se destacaron los procesos más debilitados y los más fortalecidos:

- *Aceptación experiencial*: era uno de los Procesos de ACT más debilitados. En el momento de la evaluación el repertorio conductual frente a distintas experiencias, que se juzgaban como negativas o intolerables, estaba guiado por la evitación. En concreto, trataba de evitar los recuerdos y emociones asociados a las experiencias de maltrato mediante distintas conductas, como tratar de pensar en otra cosa, invertir tiempo innecesario en limpieza u orden del hogar, comer en exceso fuera de las comidas principales del día o posponer trámites con su abogada. Por otra parte, también se daban conductas de evitación en cuanto a la vergüenza que sentía al exponer su cuerpo a actividad física, y en cuanto a la culpa que sentía al salir con amistades dejando a sus hijas con sus progenitores. Todo ello conformaba un patrón de evitación experiencial.
- *Acción comprometida*: era otro de los Procesos de ACT más debilitados. Pese a tener claridad en cuanto a sus valores centrales, en el momento de la evaluación no se daban acciones comprometidas con los mismos, predominando la inacción, la persistencia evitativa o la impulsividad. No estaba pudiendo resolver los trámites necesarios con su abogada, persistía en el abandono de su deporte favorito, no acudía a planes sociales con amistades y se mantenía el rol materno autoritario frente a sus hijas. Este patrón de falta de compromiso se veía muy influido por la elevada evitación frente a distintas experiencias (interrelación con el proceso *Aceptación experiencial*).

Tabla 1
Evitación de Planes Sociales

Antecedentes		Conducta		Consecuentes	
Contexto	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas
Experiencias de negligencia de sus hijas con su padre	Propuesta de un plan con sus amistades	Pensamientos: “aunque estén con mi madre, es como que las dejo solas”, “¿y si les pasa algo?”	Declinar invitación a salir	(R-) Disminución de la culpa	Alejamiento de sus valores
Experiencias de maltrato con su expareja, algunas de las cuales presenciaron sus hijas		“Esto no es ser buena madre”, “debería llevarlas conmigo, pero es mucho dinero”	No hacer propuestas de planes a sus amistades	(R-) Disminución del miedo	Pérdida de contacto con personas importantes y disminución de red de apoyo
Dificultades económicas por ser el sustento principal de sus hijas y ella misma		Culpa intensa Miedo		(R+) Congruencia con la regla “ser buena madre es estar siempre con mis hijas”	Aumento de la privación de contacto social
Cultura que tiende a depositar la responsabilidad de los hijos/as principalmente en la figura materna					

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 2
Evitación de Actividad Física

Antecedentes			Conducta	Consecuentes	
Contexto	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas
Experiencias de maltrato con su expareja, quien criticaba su aspecto físico	Pasar cerca del gimnasio	Vergüenza intensa	No iniciar actividad física	(R-) Disminución de la vergüenza	Alejamiento de sus valores
Cambio de aspecto físico (menos fuerza y más grasa corporal)	Propuesta de realizar actividad física	Pensamientos: “con lo que yo he sido, y mira ahora”	Tratar de no pasar cerca de su gimnasio	(R+) Congruencia con la regla “para volver con mi entrenador tengo que estar como antes”	Aumento del cambio físico: menos fuerza y más grasa corporal
Sociedad que privilegia cuerpos delgados o musculosos frente a cuerpos con más grasa		“Si me viera mi entrenador”	Tratar de no encontrarse con su entrenador		Privación de experiencias de logro personal

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 3
Adopción de rol Autoritario en Interacciones con sus Hijas

Antecedentes			Conducta	Consecuentes	
Contexto	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas
Privación de contacto social con adultos	Sus hijas alborotan la casa, desordenan, tardan en cumplir una petición	Enfado	Gritar	(R+) Sensación de control	Alejamiento de su valor “ser una buena madre”
Proceso judicial abierto con su expareja		Pensamientos: “Con lo que me esfuerzo por vosotras”	Imponer condiciones	(R+) Sus hijas acaban haciéndole caso	Sentirse distanciada de sus hijas
Privación de experiencias de logro y satisfacción		“No puedo más”	Criticar a sus hijas	(R-) Sus hijas cesan de hacer ruido	Culpa

Nota. R- = Reforzamiento negativo. R+ = Reforzamiento positivo. En este caso las respuestas se están manteniendo tanto por reforzamiento negativo como por reforzamiento positivo.

Tabla 4
Evitación de Recuerdos y Pensamientos Relacionados con la Experiencia de Maltrato

Antecedentes			Conducta	Consecuentes	
Contexto	Eventos públicos	Eventos privados	Respuestas	Consecuencias inmediatas	Consecuencias demoradas
Experiencias de violencia psicológica con su expareja	Requerimientos del juzgado	Recuerdos de las experiencias de violencia	No responder peticiones de su abogada	(R-) Disminución de la culpa, vergüenza y rabia	No resolver trámites judiciales pendientes para tener la custodia de sus hijas en solitario
Experiencias de violencia sexual con su expareja	Que la contacte su abogada	Vergüenza intensa Culpa intensa	Tratar de distraerse comiendo o haciendo otras cosas		Aumento de grasa corporal Culpabilidad por no actuar conforme a su valor de “ser buena madre”
Crianza en un contexto con roles de género muy tradicionales		Rabia intensa	Generar una discusión con sus hijas		Fenómeno de sensibilización cuando tiene que exponerse inevitablemente a un requerimiento del juzgado (breve, intenso), que aumenta la intensidad de las respuestas emocionales
Vivir inmersa en una cultura heteropatriarcal					

Nota. R- = Reforzamiento negativo. En este caso las respuestas se están manteniendo por reforzamiento negativo.

- *Contacto con valores o Claridad de valores*: era uno de los Procesos de ACT más fortalecidos. Como principal proceso fuerte se presentaba la claridad de valores, que le permitía ver que sus valores centrales incluían ser una buena madre (el cuidado adecuado de sus hijas), ser una trabajadora esforzada, mantener una red de apoyo mutuo con sus amistades, y mantenerse sana mediante actividades que disfrutaba y que supongan un reto (principalmente el deporte de fuerza).

Intervención

Durante la fase de intervención se buscó fortalecer los procesos más débiles a través del proceso más fuerte. Se utilizó la información del análisis funcional de las conductas problema con el fin de diseñar el plan a seguir, que estuvo marcado por ejercicios de exposición. Estos ejercicios experienciales estaban encaminados a aumentar la capacidad de aceptación, a la vez que se ponían en práctica acciones comprometidas con sus valores. Todos los ejercicios estuvieron enmarcados en el objetivo de conseguir mayor flexibilidad psicológica para, a través de ello, aumentar la capacidad de coordinar sus acciones con sus valores.

En la sesión 3, se realizó una revisión detallada de las respuestas al *Cuestionario de valores*, lo que permitió comprender los valores que resultaban fundamentales para H. Se introdujo la Metáfora del autobús (Wilson y Luciano Soriano, 2002) como una herramienta para ilustrar la relación que mantenía con algunas de sus experiencias privadas y cómo esa relación estaba influyendo en un progresivo alejamiento de sus valores.

Al entenderse que la presencia de un patrón generalizado de evitación se relacionaba con la falta de acciones comprometidas, inicialmente, se puso énfasis en el trabajo sobre el proceso de *Aceptación experiencial* mediante el ejercicio del Elefante rosa (variación del experimento del Oso blanco de Wegner et al., 1987), como forma de ilustrar lo ineficaz de tratar de controlar que no aparezcan ciertas experiencias internas (Hayes, 2013; Wegner et al., 1987), y mediante la Metáfora de flotar en el mar (adaptación de la Metáfora de las arenas movedizas; Hayes, 2013), como forma de cultivar una actitud de aceptación hacia las experiencias internas y externas ante las que generalmente mostraba conductas de evitación.

El uso de metáforas se planteó de forma interactiva, involucrando activamente a H mediante preguntas, en lugar de transmitir las como piezas de información unidireccional (Ramírez et al., 2021). Por esta razón, se optó por adaptar la Metáfora de las arenas movedizas a una versión más familiar para H —la Metáfora de flotar en el mar—, en lugar de utilizar la versión original.

Durante la intervención se consensuó un plan de actuación al estilo de Activación Conductual (Addis et al., 2001), que progresivamente fue incluyendo ejercicios de exposición que resultaban, a la vez, acciones comprometidas con sus valores, trabajando así sobre los procesos de *Aceptación experiencial* y *Acción comprometida*. Esta elección respondió a la intención de mantener a H en contacto con las contingencias directas en su vida fuera de la consulta, evitando poner énfasis excesivo en la conducta verbal y lo ocurrido exclusivamente dentro de sesión, tal como advierten algunas críticas recientes al modelo de ACT (García-Haro et al., 2024). Además, permitió utilizar sus fortalezas a su favor, ya que tener unos valores claros permitía relacionarlos con acciones más concretas dirigidas hacia los mismos, y esto mantenía

su motivación hacia la intervención —entendía el “para qué” del trabajo propuesto—.

Por otra parte, la intervención incluyó componentes propuestos por FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), en tanto en cuanto el reforzamiento diferencial fue un proceso básico (reforzamiento positivo de la clase funcional *actuar con flexibilidad psicológica*, y bloqueo o extinción de respuestas de evitación o rigidez), y se puso especial atención en que el terapeuta supusiera una audiencia no-punitiva.

Además, una vez determinado que no se presentaba sintomatología compatible con un TEPT, entre las sesiones 5 y 9 se incluyó un ejercicio específico orientado a frenar el proceso de sensibilización (Domjan, 2010, pp. 31-65) que se estaba produciendo sobre los eventos internos relacionados con las experiencias de maltrato (rabia y culpa intensas ante los recuerdos del maltrato o la negligencia). Hasta la intervención, H se exponía a ellos de forma aislada, muy intensa y breve, cuando no había otra opción (p. ej., ante un mandato judicial). Tras haber realizado en consulta una narración de la vida en pareja y las experiencias sufridas —que finalizó con una sensación de alivio para H—, se propuso que repitiera este proceso reflexionando sobre algunas etapas de la relación a través de correos electrónicos semanales, incluyendo una valoración del grado de malestar que generaban las experiencias internas mientras escribía. Esto permitió obtener una huella de conducta y asegurar el correcto desarrollo del procedimiento esperado: una exposición más prolongada y frecuente, que permitiera la habituación, tal como plantean las recomendaciones (Barraca Mairal, 2014, pp. 221-231), y que pudiera contribuir a aumentar la tolerancia a las experiencias internas.

La *Tabla 5* muestra un resumen de la fase de intervención.

Tabla 5
Resumen de la Fase de Intervención

Principales procesos implicados	Sesiones donde ha estado presente	Técnicas y ejercicios
Claridad de valores	Sesión 3 Sesión 8 Sesión 10	Revisión de respuestas al Cuestionario de valores.
Acción comprometida	Sesión 3 Sesión 4 Sesión 7 Sesión 8 Sesión 9 Sesión 10	Metáfora del autobús Acciones planificadas (ejercicio físico ligero-moderado; salidas con amistades sin sus hijas; actividades compartidas con sus hijas fuera de la rutina habitual, reinicio de trámites con su abogada).
Aceptación experiencial	Sesión 5 Sesión 6 Sesión 7 Sesión 8 Sesión 9	Metáfora de flotar en el mar Ejercicio del Elefante rosa Exposición a recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato en sesión (relato narrativo oral) Exposición a recuerdos y pensamientos relacionados con la experiencia de maltrato fuera de sesión (relato narrativo escrito) Acciones planificadas (reinicio de trámites con su abogada)

No se propusieron intervenciones dirigidas a modificar directamente la conducta problema número III (*Adopción de rol autoritario en interacciones con sus hijas*). Se optó por intervenir directamente sobre el resto de conductas problema, prediciendo que su modificación tendría un efecto indirecto sobre la conducta problema III, al modificarse las condiciones contextuales en que ésta se producía.

En suma, se aplicaron las recomendaciones de realizar una propuesta de intervención específica, además de buscar el establecimiento de un vínculo de trabajo positivo desde el interés genuino, y desde una actitud de aceptación, sin cuestionamiento hacia su persona y experiencia (Romero Sabater, 2010).

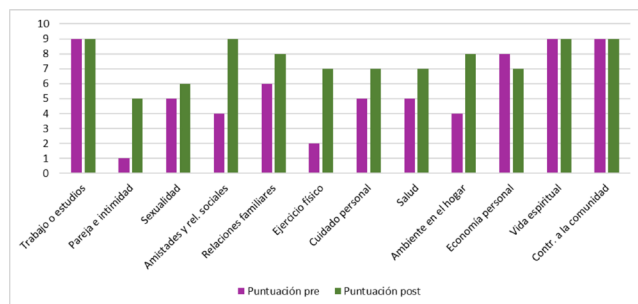
Resultados

Cuestionario de Valores

En la [Figura 1](#) se puede observar un aumento clínicamente significativo de la satisfacción auto-informada en áreas vitales importantes para la vida de H, como el área de relaciones de pareja e intimidad, el de las relaciones sociales y amistades, el del ejercicio físico y el del ambiente en el hogar.

A nivel cualitativo, en la última sesión reportaba haber conseguido cambios relevantes para ella en estas áreas, destacando las de ambiente en el hogar y relaciones sociales, además del área de relaciones de pareja, donde refería sentirse más preparada para cerrar la relación pasada y afrontar nuevas potenciales relaciones.

Figura 1
Puntuaciones en el Cuestionario de Valores

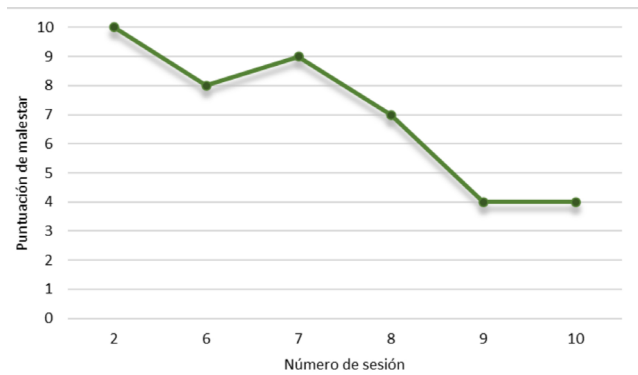


Nivel de Malestar Autorreferido ante Eventos Privados

H valoraba inicialmente el malestar ante ese tipo de eventos privados como intolerable, otorgándole la máxima puntuación en una escala de 0 a 10. La [Figura 2](#) muestra una disminución progresiva, que es clínicamente significativa y estable durante las últimas dos sesiones.

A nivel cualitativo H destacaba que pese a que persistía cierto malestar ya no lo experimentaba como tan limitante y, por tanto, se sentía más capaz de afrontar el proceso judicial. Además, parecía presentarse cierto contracondicionamiento, ya que estos eventos privados generaban menos reacciones de rabia o culpa y, en cambio, generaban hastío.

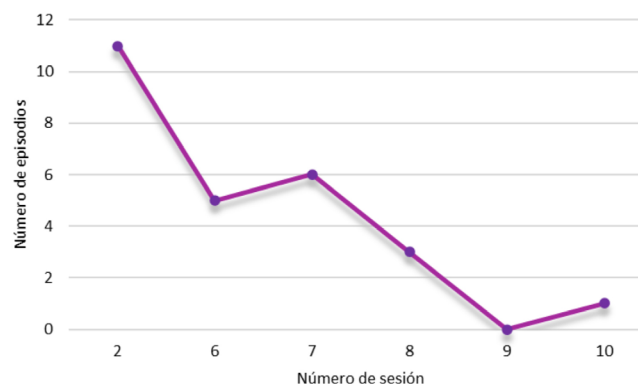
Figura 2
Puntuaciones de Malestar a lo Largo del Tratamiento



Frecuencia de Episodios en que Adopta un Rol Materno Autoritario

El registro compone una trayectoria de disminución del número de episodios en que acababa actuando un rol materno autoritario indeseado para ella. En la [Figura 3](#) se puede observar cómo la frecuencia pasa de 11 episodios en la semana previa a la sesión 2, a una media inferior a 1 episodio en las semanas previas a las últimas sesiones. Cabe recordar que no se realizó ninguna intervención dirigida específicamente a alterar la frecuencia de este tipo de situaciones.

Figura 3
Número de Episodios en que Había Actuado un rol Materno Autoritario Durante la Semana Previa a la Sesión



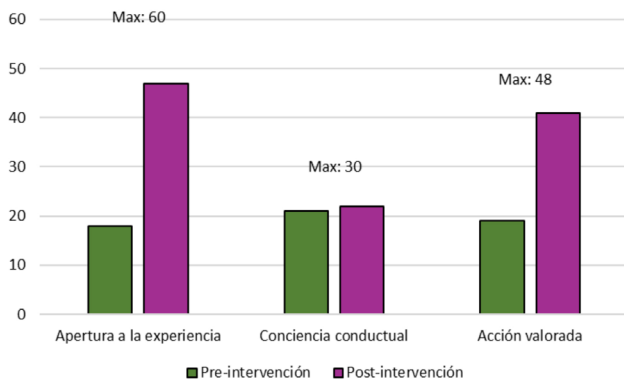
Cuestionario CompACT

Durante la fase de evaluación se registraron puntuaciones de 18, 21 y 19 en las tres subescalas, con un total de 58 puntos en la escala global. Estos resultados se corresponden con la evaluación clínica cualitativa realizada por el psicólogo clínico, en la que se identificaron *Aceptación experiencial* y *Acción comprometida* como los procesos más debilitados.

Tras la intervención, las puntuaciones obtenidas fueron de 47, 22 y 41, sumando un total de 110 en la escala completa. En la [Figura 4](#) se aprecia un aumento clínicamente significativo tanto

Figura 4

Puntuaciones Pre-Intervención y Post-Intervención en el Cuestionario CompACT-23



en la puntuación global como en las subescalas de Apertura a la Experiencia y Acción Valorada. Cabe recordar que estas subescalas agrupan dos procesos del *Hexaflex* cada una, según lo propuesto por Hayes et al. (2014); en este caso, la primera integra *Aceptación experiencial* —uno de los procesos debilitados— y *Defusión*, mientras que la segunda incluye *Claridad de valores* y *Acción comprometida* —el otro proceso debilitado—.

Evaluación Post-Intervención

No se llevó a cabo una evaluación formal tras el tratamiento, por lo que no se dispone de puntuaciones para comparar. No obstante, es relevante señalar que, en la fecha de envío de este informe, ha transcurrido más de un año desde el final de la intervención. Considerando que H tenía la posibilidad de solicitar una nueva cita en cualquier momento y sin coste económico, el hecho de que no la haya solicitado sugiere que la mejoría alcanzada podría haberse mantenido en el tiempo.

Discusión

Considerando lo referido por H en la primera sesión y la información de la evaluación, podría afirmarse que se encontraba inmersa en una pérdida de conexión con sus valores vitales, mostrando un repertorio conductual marcado por la evitación experiencial y la falta de acción comprometida. Este tipo de problemas se han propuesto como idóneos para una intervención contextual (Waltz y Hayes, 2010), como la que se ha descrito en el presente trabajo.

Si bien H seguía presentando cierto grado de malestar ante algunos eventos al final de la intervención, no cabría esperar algo diferente. La propuesta de las intervenciones contextuales, y en especial de la ACT, no es la de luchar contra síntomas y tratar de reducirlos, sino la de fomentar repertorios conductuales más flexibles y ayudar a las personas a que lleven vidas más significativas y congruentes con sus valores (Pérez Álvarez, 2014; Maero, 2022a, pp. 37-43). Esta idea representa una alternativa valiosa al modelo médico que, hasta ahora, impera en la red sanitaria pública (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 341-372).

Los resultados tras la intervención permiten concluir que se ha reducido el control aversivo sobre su conducta, de forma que su repertorio conductual se ha tornado más flexible. Ha incorporado más

conductas relacionadas con la aceptación (p. ej., salir con amistades sin sus hijas, permitiendo pensamientos tipo “¿y si le pasa algo a mis hijas?”) que han llevado a una mayor facilidad para mantener acciones comprometidas con sus valores (p. ej., aceptar planes o ser ella quien se los proponga a otros adultos significativos fuera de la familia), y a un aumento global de la satisfacción en áreas de su vida significativas para ella (p. ej., relaciones de pareja e intimidad, relaciones sociales y amistades, ejercicio físico, ambiente en el hogar).

Estos resultados sugieren, por tanto, que una intervención contextual puede ser útil y adecuada para abordar las consecuencias derivadas de experiencias de violencia de género. Además, se respalda la idea de que la aplicación de los principios del modelo contextual (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 15-105) permite adaptar el tratamiento a la persona y puede ser una intervención psicológica válida en el entorno del sistema sanitario público. Puesto que la mayoría de los desarrollos sobre terapias contextuales se han producido en contextos privados o universitarios (Ruiz Sánchez, 2021, pp. 341-372), resulta relevante obtener evidencia de la aplicación de estos principios a contextos públicos de atención clínica. Como línea futura, cabría validar estas conclusiones mediante nuevos estudios de caso con abordajes basados en los principios del modelo contextual, atendidos en contextos públicos, y aplicados tanto a problemas relacionados con la violencia de género como a otro tipo de cuestiones clínicas.

El estudio presenta como limitación principal un peso elevado de autorregistros y autoinformes en la evaluación, lo que podría introducir sesgos subjetivos (Podsakoff, et al., 2003), aunque resulta difícilmente evitable en un contexto clínico. Por otra parte, no se llevó a cabo un abordaje del proceso de *Defusión* de manera habitual según ACT (Maero, 2022a, pp. 291-314) —con ejercicios formales dirigidos a mejorar este proceso—, aunque en dos de las conductas problema la evitación estaba motivada, en parte, por reglas del tipo “no puedo volver a entrenar si no tengo el cuerpo de antes” o “no puedo volver a dejar a mis hijas con nadie”. Si bien autores de referencia consideran que esto no tiene por qué constituir una limitación (Waltz y Hayes, 2010), ya que los procesos son interdependientes y no se plantea un protocolo estándar, tampoco podemos descartar que pudiera haber facilitado la consecución de los cambios deseados. Por último, no se ha podido realizar un seguimiento postratamiento con las medidas utilizadas durante la intervención.

Financiación

Este trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor manifiesta que no hay conflictos de intereses a declarar.

Agradecimientos

El autor desea agradecer a H su generosidad a la hora de contribuir con su experiencia a fines científicos.

Referencias

Addis, M. E., Jacobson, N. S., y Martell, C. R. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W. W. Norton & Company.

- Akbari, M., y Hayat, B. (2023). The effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on pain and quality of life of patients with breast cancer. *Trends in Medical Sciences*, 2(4), e135687. <https://doi.org/10.5812/tms-135687>
- Ansara, D., y Hindin, M. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1628-1645. <https://doi.org/10.1177/0886260510370600>
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., y Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Barraca Mairal, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: Una guía para su puesta en práctica*. Editorial Síntesis.
- Bean, R., Ong, C., Lee, J., y Twohig, M. (2017). Acceptance and commitment therapy and trauma: An empirical review. *The Behavior Therapist*, 40, 145-150.
- Bell, K., y Naugle, A. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28, 1096-1107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.003>
- Bentley, A., y Riutort-Mayol, G. (2023). The association between intimate partner violence type and mental health in migrant women living in Spain: Findings from a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11:1307841. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1307841>
- Isaza Cantillo, M., y Muslaco Mendoza, K. (2020). *Programas de intervención cognitivo-conductual para mujeres víctimas de violencia de pareja: Una revisión sistemática*. Corporación Universidad de la Costa. <https://hdl.handle.net/11323/7415>
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6.ª ed.). Cengage Learning.
- Eastwood, F., y Godfrey, E. (2024). The efficacy, acceptability and safety of acceptance and commitment therapy for fibromyalgia—a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Pain*, 18(3), 243–256. <https://doi.org/10.1177/20494637231221451>
- Félix-Montes, L. C., Gavilán-Centeno, R., y Ríos-Cataño, C. (2020). Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Persona*, 2302(023(2), 41-55. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4829](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4829)
- Fernández Velasco, M. R. (2015). *Estrés postraumático y violencia de pareja: Análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/25655>
- Fuentes, J., García Leiva, P., y Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: Consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología* 24(1), 115–120. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31881>
- García-Haro, J., Aranguren-Rico, P., White-Friedrichs, D. Y., Magdaleno-Flórez, Á., y Rodríguez-Muñiz, C. (2024). Aportaciones críticas a la terapia de aceptación y compromiso desde la filosofía de Ortega y Gasset. *Apuntes de Psicología*, 42(3), 237–249. <https://doi.org/10.55414/6021rv23>
- Giovannetti, A., Poettgen, J., Anglada, E., Menendez, R., Hoyer, J., Giordano, A., Pakenham, K., Galán, I., y Solari, A. (2022). Cross-country adaptation of a psychological flexibility measure: The comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3150. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063150>
- Hayes, S. C. (2002). Prólogo. En K. G. Wilson, y M. C. Luciano Soriano, *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores* (pp. 15–17). Ediciones Pirámide.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Desclee De Brouwer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclee De Brouwer
- Hernández-Chávez, L. (2022). Acceptance and commitment therapy and its application in women living under a situation of intimate partner violence. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 4, 1-7. <https://doi.org/10.29057/jbapr.v4i7.7742>
- Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(2), 148-152. <https://doi.org/10.1037/h0029874>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, 38, de 13 de febrero de 2008. <https://www.boe.es/eli-es-an/1/2007/11/26/13>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-66). <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Maero, F. (2022a). *Croquis: Una guía clínica de terapia de aceptación y compromiso* (1.ª ed.). Editorial Dunker.
- Maero, F. (2022b). El contextualismo de Stephen C. Pepper: Una introducción y traducción. *Revista Horacio*, 3, 1-65 <https://grupoact.com.ar/wp-content/uploads/2022/01/Horacio-Vol.-3.-Contextualismo-Introduccion-y-traduccion.pdf>
- Marco Cramer, M., Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M. J. (2018). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: Un estudio piloto. *Informació Psicològica* (116), 18–31. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/870>
- Matud, M., Padilla, V., Medina, L., y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34, 199-208. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Organización de Naciones Unidas. (1993, diciembre 20). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. https://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_12/spl_25/pdfs/15.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-13.06>
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the

- literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Ramírez, E. S., Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., y Bernal, P. A. (2021). empirical investigation of the verbal cues involved in delivering experiential metaphors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10630. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010630>
- Ramírez-Cruz, J. C., Santana-Cárdenas, S., y Javier-Juárez, S. P. (2022). Intervenciones psicológicas para mujeres en situaciones de violencia de género: Una revisión paraguas. *Uaricha, Revista de Psicología*, 19, 29-40.
- Reyes-Martin, S., Hernández-López, M., y Rodríguez-Valverde, M. (2021). Spanish adaptation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT). *ACBS Annual World Conference 19. ACBS Annual World Conference 19*, Poznań.
- Romero Sabater, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 191-199. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a10>
- Ruiz García, A., Macías Morón, J. J., Ferro García, R., y Valero Aguayo, L. (2021). Spanish validation of the "Life Snapshot Inventory". *International Journal of Psychological Research*, 14(2), 9-17.
- Ruiz Sánchez, J. J. (2021). *Manual de terapias conductuales contextuales: Una exposición crítica descriptiva* (2.ª ed.). Psara Ediciones.
- Sanabria-Mazo, J., Colomer-Carbonell, A., Borràs, X., Castaño, J., McCracken, L., Montero-Marin, J., Perez-Aranda, A., Edo, S., Sanz, A., Feliu-Soler, A., y Luciano, J. (2023). Efficacy of videoconference group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) for Chronic Low Back Pain (CLBP) Plus Comorbid Depressive Symptoms: A Randomized Controlled Trial (IMPACT Study). *Journal of Pain*, 24, 1522-1540. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.04.008>
- Sandoz, E. K. (2014). Formulación de hipótesis: Escuchar con oídos, ver con ojos ACT. En S. C. Hayes, K. Strosahl, y K. G. Wilson (Eds.), *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (pp. 161-216). Desclée De Brouwer.
- Simões, G., y Silva, R. (2021). The emerging role of acceptance and commitment therapy as a way to treat trauma and stressor related disorders. *BJPsych Open*, 7, S290-S290. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.770>
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., y Daigneault, I. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 91, 248-261. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meissner, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Fydrich, T., Salbach, H., Schulze, J., y Renneberg, B. (2015). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 20. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-20>
- Stubbs, A., y Szoek, C. (2020). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1157-1172. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valizadeh, H., y Ahmadi, V. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment treatment on resilience and quality of life of women victims of domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 12-25. https://www.ijfjournal.ir/article_252229.html
- Vassileva, M., y Delpeuch, T. (2021). Frontline response to high impact domestic violence in Bulgaria. En B. Lobnikar, C. Vogt, y J. Kersten (Eds.), *Improving frontline responses to high impact domestic violence* (pp. 117-142). University of Maribor Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/52028>
- Wakefield, S., Roebuck, S., y Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
- Waltz, T. J., y Hayes, S. C. (2010). Acceptance and commitment therapy. En N. Kazantzis, M. A. Reinecke, y A. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 148-192). The Guilford Press.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., y Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 494-511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
- Wilson, K. G., y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- World Health Organization. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. WHO. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241511537>