

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Propuesta de intervención para
la dependencia emocional tras
una ruptura de pareja
fomentando la resiliencia y el
crecimiento postraumático**

Bárbara Rodríguez Écija

Director/a: Helena Garrido Hernansaiz

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Resumen

Las relaciones de pareja constituyen un vínculo muy sólido entre las personas, formando una nueva identidad conjunta frente a la individual de cada uno de los componentes de la misma. Cuando éstas se rompen, el impacto emocional formado por esa unión hace que, algunas personas se aferren al otro de forma insana, dificultándose así el proceso de duelo. Dicho fenómeno ha sido denominado “dependencia emocional” y podría decirse que surge de la necesidad que tenemos las personas de sentirnos protegidos y seguros. Los dependientes emocionales tienen características comunes como: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y/o a la soledad, rol sumiso en la relación de la cual dependen, dificultad o incapacidad de salir de una relación a pesar de que ésta conlleve consecuencias negativas, etc. En el presente trabajo se propone un tratamiento a través de la Terapia Cognitivo-Conductual, el cual se implementará durante 14 sesiones en las que se utilizarán técnicas como: reestructuración cognitiva, exposición y cambio de roles, entre otros. A su vez, se busca que la persona no solo desarrolle mecanismos de afrontamiento ante la situación, sino que pueda incluso salir fortalecida y reforzada de ello, lo cual se consigue a través de la resiliencia y el crecimiento postraumático, y son esenciales para la recuperación total de la misma.

Palabras clave: Ruptura; Pareja; Dependencia Emocional; Consecuencias emocionales; Crecimiento Postraumático y Resiliencia.

Abstract

Relationships between couples constitute a very solid bond between people, forming a new joint identity as opposed to the individual identity of each one of its components. When these are broken, the emotional impact formed by that union, makes some people to cling to the other in an unhealthy way, thus making the mourning process more difficult. This phenomenon has been called “emotional dependence” and it could be said that it arises from the need we have to feel protected and safe. Emotional dependents have common characteristics such as: low self-esteem, low tolerance for frustration and/or loneliness, a submissive role in the relationship on which they depend, difficulty or inability to leave a relationship despite the fact that it has negative consequences, etc. In this assignment, a treatment is proposed through Cognitive-Behavioral Therapy which will be implemented during 14 sessions in which techniques such as cognitive restructuring, exposure and role change will be used, among others. At the same time,

the aim will not only be development coping mechanisms to face the situation, but also that the person is strengthened and reinforced from it, something that will be achieved through resilience and post-traumatic growth, and which are essential for a total recovery.

Key words: Breakup; Couple; Emotional Dependence; Emotional consequences; Post-traumatic growth and resilience.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	5
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. Definición y tipos de dependencia emocional.....	8
3.2. Factores de riesgo y mantenedores de la dependencia emocional	9
3.3. Prevalencia, comorbilidad y efectos de la dependencia emocional	11
3.4. La ruptura de pareja; relación con la dependencia emocional y consecuencias.....	12
3.5. Resiliencia y crecimiento postraumático tras una ruptura de pareja	15
3.6. Revisión de programas de intervención en el duelo por ruptura de pareja.....	17
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	19
4.1. Presentación de la propuesta	19
4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta	19
4.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	20
4.4. Metodología, recursos, etc.	20
4.5. Actividades.....	21
4.6. Cronograma de aplicación.....	34
4.7. Evaluación de la propuesta.....	37
5. CONCLUSIONES	38
6. REFERENCIAS	40
7. ANEXOS.....	47

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La presente propuesta de intervención aparece con el fin de establecer un programa mediante el cual se pueda trabajar la dependencia emocional después de una ruptura de pareja, ya que la mayor parte de estos programas van dirigidos a prevenir esa dependencia antes o durante la relación de pareja.

En la literatura científica se han utilizado como sinónimos la dependencia emocional y el apego patológico o ansioso, debido a su estrecha vinculación. Sin embargo, la diferencia del término “apego” hace referencia a un aspecto más conductual. Ambos desembocan en una necesidad imperiosa de cubrir demandas afectivas a través de las relaciones interpersonales, lo cual afecta directamente a las relaciones de pareja e implica que estas personas tengan sentimientos de vacío emocional e incluso síntomas de abstinencia, cuando perciben distanciamiento o pérdida de la persona de la que dependen (Valle y Moral, 2018).

A su vez, podemos observar que la literatura tradicional acerca del trauma no contempla las diferencias individuales que existen ante la pérdida. Es lógico pensar que esta genera consecuencias negativas como podría ser el trastorno de estrés postraumático (TEPT), entre otros. No obstante, desarrollar una patología no es la única respuesta posible ante estas situaciones, sino todo lo contrario; la mayor parte de las personas tienen la capacidad de aprender y adquirir conocimientos adaptativos a partir de dicha experiencia. Tradicionalmente se entendía que sentir emociones positivas ante una situación de duelo era una forma de “negación” de la situación. La experiencia llevaba consigo la “obligación” de sentir únicamente emociones negativas y no se contemplaba la posibilidad de que pudieran coexistir ambas, emociones positivas y negativas, en dicho proceso (Bonanno, 2004).

Además, hasta los últimos tiempos, ante una situación traumática como puede ser una ruptura de pareja, se entendía que el ser humano era víctima de ese suceso y que podría llegar a desarrollar una patología. Esta concepción pesimista, basada en los modelos patogénicos de salud, sufre un proceso de declive gracias a la visión que ofrece la psicología positiva, la cual concibe que el ser humano estaría, por naturaleza, preparado para hacer frente a cualquier adversidad, adaptarse y recomponerse gracias a fortalezas innatas que posee, por lo que este tipo de situaciones le podrían llevar a un crecimiento personal (Vera, 2004).

Por ello, lo que se busca con la presente propuesta de intervención es fomentar ese crecimiento personal tras una ruptura de pareja, concretamente dirigido a personas con dependencia emocional (DE), de manera que además de desprenderse de ésta, puedan elaborar dicho proceso de duelo y salir fortalecidos del mismo. El tratamiento se llevará a cabo desde la orientación cognitivo-conductual ya que, a pesar de que es una problemática tan común, no existen demasiados programas dirigidos a superar la ruptura de pareja como tal. Sin embargo, encontramos algunos datos respecto al duelo, que no deja de ser la pérdida de un ser querido por lo que, a la hora de realizar el programa, entenderemos la ruptura de pareja como un proceso de duelo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

- El objetivo de este trabajo consiste en elaborar una propuesta de intervención mediante la cual se brindará de herramientas a las personas que hayan tenido una ruptura de pareja reciente. Éstas permitirán la recuperación de la seguridad personal, autoestima, competencia social... haciendo hincapié en la fortaleza innata que tiene el ser humano ante la adversidad, la resiliencia y entendiendo el duelo como una oportunidad de crecimiento personal.

Objetivos específicos

- Realizar una revisión teórica sobre la DE asociada a las rupturas de pareja, así como de los conceptos de resiliencia y crecimiento postraumático.
- Revisar las estrategias disponibles para trabajar dichas variables ante una ruptura de pareja.
- Desarrollar un programa que organice dichas estrategias en sesiones, con actividades específicas, para lograr el objetivo propuesto.
- Diseñar una evaluación de la eficacia del programa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Definición y tipos de dependencia emocional

La dependencia emocional se puede definir de la siguiente manera:

La DE es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones. Éste es el núcleo de la cuestión, lo que tras varias capas de comportamientos de sumisión, pensamientos obsesivos en torno a la pareja y sentimientos intensos de miedo al abandono entre otros, nos aparece como “el corazón” de la dependencia emocional: la necesidad afectiva extrema de una persona hacia su pareja (Castelló, 2005, p.17).

Tal y como se refiere en la definición anterior, lo característico de las personas con DE es que tienden a la repetición de estos patrones de comportamiento en relaciones posteriores (Castelló, 2005). A dichos comportamientos se le suman una cantidad considerable de creencias irracionales sobre la vida en pareja y el amor en general, lo cual desemboca en frustración puesto que son demandas poco factibles en la realidad (Lemos y Londoño, 2006; Moral y Sirvent, 2008).

Además, existen otros tipos de DE menos comunes o incluso atípicos, como sería, en primer lugar, la DE de oscilación vinculatoria, una forma poco común más frecuente en varones. Es más bien un estado transitorio y no un rasgo que forme parte de quien lo vive. Consiste en que la persona ha mantenido una relación en la que ha sido dependiente y cuando esa relación se rompe, se forma lo que Castelló (2005) denomina “desvinculación”. Con ésta, la persona comienza a recobrar su independencia, autoestima e incluso llegar a sentir rechazo por las relaciones de pareja u hostilidad hacia el sexo contrario, si es que su pareja lo era. Podría decirse que esto ocurre como mecanismo de protección ante el dolor que ha podido ocasionarle a la persona el hecho de ser dependiente (Castelló, 2005).

En segundo lugar tendríamos la DE de tipo dominante, también más común en varones. A diferencia de la anterior, en este caso podría tratarse de algo más estable en el tiempo casi tratándose de un rasgo en la persona. En contraste con lo que conocemos como DE típica, en la que la persona tiende a la sumisión, en este caso la persona tiene una mejor autoestima y por tanto adquiere un rol dominante en la pareja. Dicha dominancia se ejerce a partir de estrategias de manipulación o control pero el fin es el

mismo, mantener a su pareja y no perderla, aunque eso implique llegar, si es necesario, a la violencia (física y/o verbal). Sorprendentemente suelen tener parejas con DE “convencional”, ya que son quienes aguantarían este tipo de conductas de control y posesión, puesto que tampoco quieren perder la relación y por tanto, lo asumen de forma subordinada. En caso de que la pareja se rompa, el dependiente dominante sentirá una ambivalencia entre su parte dependiente y su parte “hostil”, dificultándole el afrontamiento de la situación. Es probable que en primera instancia, sienta arrepentimiento e intente recuperar a su pareja pero, si no funciona, aparecería su parte más conflictiva. A su vez, si la pareja es dependiente emocional, la relación comenzará de nuevo y así se formarían círculos viciosos tóxicos de ruptura y reconciliación (Castelló, 2005).

En cuanto a la codependencia, es un tipo de dependencia la cual comenzó a estudiarse a raíz de los comportamientos que tenían mujeres con maridos alcohólicos en tratamiento y posteriormente generalizado a personas que consumían sustancias psicoactivas (Brown y Lewis, 1995). Actualmente se consideran codependientes a aquellas personas que comparten una relación interpersonal con un adicto. Se puede entender que las conductas que llevan a cabo estas personas se realizan de forma “altruista”, a diferencia de lo que ocurriría con un dependiente emocional “convencional” quien, a través de la relación, buscaría únicamente satisfacer sus necesidades personales (Castelló, 2000).

Por último cabe hacer alusión al Trastorno de la Personalidad Dependiente (TDP). Es considerado un tipo de dependencia interpersonal pero presenta diferencias significativas con la DE, la cual no ha sido considerada un trastorno. La persona con TDP suele tener inseguridades “instrumentales” asociadas a problemas de autonomía en cuanto a la falta de toma de decisiones por sí sola o a la resolución de problemas de la vida diaria; a diferencia del dependiente emocional que lo que busca es llenar un vacío más emocional, no tanto instrumental (Castelló, 2005).

3.2. Factores de riesgo y mantenedores de la dependencia emocional

Uno de los elementos que parece determinante como factor de riesgo para la DE es el apego inseguro o ansioso en la infancia. Este hace referencia al miedo intenso que sufre el niño cuando se separa de su figura de apego o referencia, lo que le genera una respuesta desmedida cuando esa persona no está presente, ya que existe una vinculación

insana y desmesurada. Podría decirse que esto tiene consecuencias a largo plazo, pudiendo llegar a desarrollarse DE, lo cual puede observarse en los aspectos comunes que comparten ante la separación de su figura de “seguridad”: miedo a la pérdida de la persona, necesidad subjetiva de proximidad y respuesta de queja ante la separación. Los estudios avalan que los dependientes emocionales tienen un estilo de apego ansioso, aunque, por el contrario, un apego ansioso no tiene por qué desembocar en una dependencia emocional.

Desarrollar un estilo de apego ansioso implica que la persona interiorice la creencia de que, a pesar de sus esfuerzos por ser atendida o amada, no es una persona digna de recibir dichas atenciones y forme una visión sobre sí misma basada en el comportamiento que tienen los demás con ella (Castelló, 2000). A su vez, actualmente existen investigaciones científicas que subrayan la importante repercusión del apego sobre las futuras relaciones de parejas en jóvenes y adultos (Jensen, Willoughby, Holman, Busby y Shafer, 2015). Autores tales como Izquierdo y Acosta (2013) confirman dicha repercusión e infieren que un apego seguro puede ser un factor de protección frente a la DE en futuras relaciones (Smith, Ortiz y Apodaca, 2014).

Otro de los factores de riesgo para sumergirse en una relación dependiente es tener baja autoestima y un autoconcepto pobre. Estas personas no se quieren y por tanto no se valoran como personas dignas de ser amadas. Esto conlleva un miedo exacerbado al abandono por parte de la pareja y hace que necesiten aferrarse a esa persona y a su relación, siendo incapaces de finalizarla cuando es necesario o de aceptar que ha terminado (Riso, 2008). Autores como Bowlby (2014) ya aseguraban que tener unas figuras de apoyo en la infancia que sean accesibles y atentas facilita el buen desarrollo de la autoestima y autoconfianza.

Asimismo, Villegas y Sánchez (2013) realizaron un estudio para encontrar características comunes de dependencia afectiva en mujeres víctimas de violencia de género y, además de las ya mencionadas con anterioridad (baja autoestima, miedo a la soledad...) se encontró una expresión “límite” o impulsiva, lo cual hace referencia a la percepción de estas personas de la ruptura como una situación insostenible y catastrófica.

Cuando las personas se vuelven dependientes de sus parejas puede darse una relación de maltrato, ya que están dispuestas a soportar cualquier conducta negativa o

denigrante (celos, control, humillación...) con tal de mantener la relación. Además, estas conductas son entendidas por la persona dependiente como algo natural o propio de una relación de protección, lo cual refuerza su dependencia (Ojeda, 2012).

Otra perspectiva que refleja por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia hace referencia al ideal de éstas acerca del amor romántico, lo cual implica que se debe depender de la pareja y adaptarse a la misma, incluso si eso conlleva dejar a un lado las necesidades propias (Deza, 2012).

Por tanto, podría decirse que cuando existe una relación de DE se debería evaluar si existe maltrato de algún tipo, puesto que dichas personas pueden tolerar ciertos comportamientos inapropiados e incluso llegar a sentir atracción por un perfil de personas que aparentan seguridad y dominancia, y con ello asumir ese tipo de conductas (Ojeda, 2012).

3.3. Prevalencia, comorbilidad y efectos de la dependencia emocional

Los estudios de DE no encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, no obstante se han hallado algunas discrepancias en algunas subescalas. Los estudios obtenidos por Moral y Sirvent (2009) revelan que los hombres dependientes tienden a la búsqueda de sensaciones fuertes y desarrollan un yo inflexible. Además, tienen mayor tendencia que las mujeres a modificar sus planes para complacer a su pareja y a realizar conductas de búsqueda de atención, lo cual coincide con los estudios realizados por Lemos y Londoño (2006) e Iturregui (2017). En lo que a las mujeres respecta, éstas tienden a expresar en mayor medida que los hombres sus sentimientos y afectividad a su pareja, así como también presentan miedo a la soledad (Lemos y Londoño, 2006). A esto se añade que las mujeres desarrollan mecanismos de negación de la problemática a modo de protección y no afrontamiento (Moral y Sirvent, 2009).

Santamaría et al. (2015) realizaron un estudio en el que contaron con 33 mujeres (entre 39 y 67 años), con problemas de dependencia afectiva, que fueron asistidas desde 2009 a 2013 en la unidad de atención psicológica de la Asociación AIS-PRO JUVENTUD. Las participantes fueron evaluadas por psicólogos especializados en adicciones no relacionadas con sustancias y ninguna de ellas contaba con un historial previo de psicopatología.

A través de dicho estudio se observan las consecuencias tan negativas que provoca la DE, relacionándose con elevados niveles de psicopatología dado que las puntuaciones fueron notables en las escalas psicopatológicas del SCL-90R. Concretamente, y de acuerdo con otros estudios (Moral y Sirvent, 2008, 2009; Lemos y Londoño, 2006), estas pacientes, en el momento de consulta, obtienen puntuaciones más elevadas que en una población psiquiátrica en las escalas de: obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Además, se ha encontrado prevalencia de síntomas depresivo-ansiosos, coincidiendo con la teoría postulada por Castelló (2005). A su vez, se confirma la baja autoestima en dichas pacientes, por lo que tal y como afirmaban otros autores (Castelló, 2005; Moral y Sirvent, 2008, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014) existe correlación entre ambos constructos. Por último destacar que, en un porcentaje menor, también se han encontrado comorbilidades con Trastornos de la Conducta Alimentaria (Prichard y Yalch, citados en McClintock y Anderson, 2015).

Sin embargo, no existen demasiados estudios concluyentes respecto a la comorbilidad entre DE y otras patologías. No obstante, es importante recordar que con la DE, se activan sistemas de recompensa parecidos a los que se obtienen con el consumo de drogas y aparecen comportamientos semejantes a los que surgen del consumo de sustancias, así como del juego patológico (Llano y López-Rodríguez, 2017).

3.4. La ruptura de pareja; relación con la dependencia emocional y consecuencias

Las relaciones de pareja hacen referencia al mayor vínculo que existe fuera del familiar (Maureira, 2011). A pesar de ello, no es algo sencillo puesto que implica cambios significativos por parte de ambos miembros que la componen; deben crear una identidad dentro de la pareja con el fin de que esta unión funcione, acomodándose ambas partes. Por ende, cuando la pareja se rompe se pierde una gran fuente de seguridad, debido al vínculo sólido que se conforma entre los individuos (Pineda, 2005).

Las personas con DE tienden a idealizar a su pareja y a minimizar sus propios deseos o necesidades frente a los de esa persona (sumisión). En estas relaciones de desequilibrio se forman círculos viciosos, potenciando y reforzando los roles dominante-sumiso, ya que cuanto más dominante es un miembro de la pareja la

autoestima del sumiso-dependiente decrece y como consecuencia su dependencia hacia el otro aumenta (Castelló, 2005).

A su vez, estas personas suelen tener una gran necesidad de aprobación, lo cual hace que sean muy demandantes de la persona que tienen al lado. Sienten una euforia desmedida y unas expectativas desajustadas respecto a las relaciones de pareja, unido a una tendencia al sometimiento que se asocia con el temor a perder la relación (Castelló, Schaeffer y González-Bueso; citado en Santamaría et al., 2015).

La DE no ha sido considerada como una adicción en el DSM-5 y el CIE-10, a pesar de que en el DSM-5 se ha añadido la categoría de Trastornos adictivos relacionados con sustancias, y dentro de ésta, Trastornos adictivos no relacionados con sustancias, los cuales hacen referencia a adicciones comportamentales como la adicción al juego. A pesar de no estar incluida, tal y como refieren Moral y Sirvent (2009) los dependientes emocionales son adictos a las relaciones interpersonales, lo cual se refleja en la actitud dependiente hacia la otra persona.

En los diferentes manuales de autoayuda, podemos ver que comúnmente se utiliza como sinónimo de la DE el concepto de “*adicción al amor*”; y es cierto que, tal y como refiere Blasco (2005), existen ciertos paralelismos con las “adicciones sin sustancias” (ludopatía, oniomanía o compra compulsiva, adicción a internet...). En cuanto a los *criterios farmacológicos* (tolerancia y abstinencia), acorde con los criterios 1 y 2 del DSM-5, en la DE no aparece tolerancia pero sí podría decirse que aparece abstinencia, especialmente con la ruptura de pareja, lo cual puede verse reflejado en los intentos reiterados de volver con la pareja a pesar de que la relación no funcione, o la necesidad imperiosa de sustituir esa pareja por otra e iniciar una nueva relación de dependencia (Castelló, 2005; Reynauld et al., 2010). En cuanto al *deterioro social* (criterios 5 y 6 del DSM-5), la persona dependiente establece claramente como prioridad a la otra persona y la mayor parte de las veces como su única opción, perdiendo el interés hacia amigos o actividades placenteras (Echeburúa, 2000; Castelló, 2005; Moral y Sirvent, 2008; Riso, 2009).

Además, otro aspecto destacable es la frecuente falta de conciencia o insight ante esta problemática, ya que, a pesar de que las consecuencias pueden ser nefastas para el bienestar de la persona, emplean mecanismos de autoengaño y negación. No quieren

verlo como un problema sino como algo “normal” o propio de cualquier relación de pareja (Echeburúa, 2000).

En cuanto a los circuitos neurológicos implicados en el enamoramiento, encontramos paralelismos con la adicción a sustancias. Ambos procesos comparten los altos niveles de dopamina que se producen y que generan un aumento considerable de energía, euforia, insomnio o falta de apetito entre otros (Fisher et al., 2002).

Tal y como refieren Volkow et al. (citados en Fisher et al., 2002), cuando existe una ruptura de pareja aparece lo que denominamos en adicciones “*craving*”, entendido como una sensación subjetiva de necesidad de consumo, en este caso, de volver con la pareja. Se han encontrado semejanzas a nivel biológico entre el consumo de sustancias y la DE. Un ejemplo de ello sería lo que ocurre en la adicción a la cocaína, teniendo ambas adicciones en común la activación del núcleo accumbens, las cortezas orbitofrontal y prefrontal, y de neurotransmisores como la dopamina (Reynauld et al., 2010).

A pesar de que tradicionalmente se han estudiado las consecuencias de la ruptura de pareja en casos de divorcio, actualmente se conoce que las parejas jóvenes, de entre 18 y 25 años, tienden a mantener relaciones de pareja estables y duraderas (Muñoz y Cruz; citado en García y Martínez, 2013). No obstante, también se ha estudiado que durante esta etapa de noviazgo, las rupturas son abundantes (Pinto, 2013). Éstas se deben a las dificultades de adaptación al otro miembro de la pareja, como por ejemplo: celos, falta de entendimiento, infidelidades o engaños, escasas o nulas metas conjuntas, etc. (Pinto, 2008).

El momento de la ruptura genera elevados niveles de estrés y ansiedad en las personas (González, 2001). Tales son estos niveles que se encuentra en la segunda vivencia más dolorosa en la vida de las personas (Caruso, 2003; Tashiro y Frazier, 2003) después del fallecimiento de algún familiar (Holmes y Rahe, 1967; Peñafiel, 2011). Cabe destacar que esto no solo ocurre directamente por la ruptura, sino por todos los cambios que acarrea en la vida de la persona (Peñafiel, 2011).

Según Díaz-Loving y Sánchez (2004), la relación puede comenzar a fracturarse debido a experiencias pasadas y a las expectativas que se tienen sobre la relación, provocando una posible ruptura cuyas consecuencias serían: disminución considerable o

pérdida del sueño y/o apetito, falta de concentración, llanto descontrolado sin motivo aparente, consumo de drogas o de fármacos tranquilizantes como ansiolíticos (Rojas, 1994). A esto, otros autores añaden consecuencias graves como: trastornos emocionales y/o comportamentales tales como depresión, ansiedad e intentos de suicidio (Cuevas y López, 2006; Fisher, 1999; Gary y Lewandowski, 2009; Tashiro y Frazier, 2003).

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, no todas las consecuencias de la ruptura de pareja tienen porqué ser negativas, sino que también puede suponer una oportunidad de crecimiento personal para la persona, lo cual se expondrá en el siguiente apartado.

3.5. Resiliencia y crecimiento postraumático tras una ruptura de pareja

Las ciencias sociales han adoptado el concepto de resiliencia a partir de la física, donde se utilizaba este término para denominar la capacidad de un material para volver a retomar su forma original después de someterse a altas presiones. Dicho concepto se comenzó a utilizar para denominar a aquellas personas que han vivido en condiciones de riesgo pero que, a pesar de ello, tienen un desarrollo óptimo, una buena salud mental y relaciones sociales satisfactorias (Munist et al., 1998).

Según Cabrejos (2005), la resiliencia abarca dos aspectos; en primer lugar, la fortaleza frente a la presión o pérdida y en segundo lugar, la aptitud para generar conductas alternativas positivas y adaptativas. Este autor señala cuatro fuentes de resiliencia en las personas: (1) “yo tengo”: en esta categoría aparecerían las relaciones sociales, el soporte emocional familiar, un ambiente profesional estable... (2) “yo soy”: engloba descripciones positivas en cuanto a cómo es la persona (respetuoso, agradecido, empático...) (3): “yo puedo”: aquí aparecerían las potencialidades de la persona como: yo puedo ser creativo, tenaz, paciente... (4): “yo estoy”: en esta condición aparecerían aquellos aspectos en los que la persona está dispuesta a trabajar. Según dicho autor, no todas las categorías son indispensables para desarrollar la resiliencia, pero sí al menos una de ellas.

Las personas resilientes resignifican la situación traumática extrayendo lo positivo, paliando así las emociones negativas y generando otras tales como la esperanza. A su vez tienden a apoyarse en las personas de su entorno, lo cual facilita el proceso (Ibáñez, 2012; Fredrickson y Tugade, 2003; Hefferon y Boniwell, 2011).

Existe evidencia de que además de la resiliencia y de tener la capacidad de generar emociones positivas, las personas también consiguen tener un crecimiento personal o un “florecimiento” postraumático como resultado de esa situación de duelo, es lo que se denomina como Crecimiento Postraumático (Vera, Carbelo y Vecina, 2006; Ibáñez, 2012).

Calhoun y Tedeschi (citado en Vera, et al. 2006) realizan una clasificación en cuanto al crecimiento postraumático (CP):

- Cambios en uno mismo. Ocurre cuando las personas, en situaciones de adversidad, desarrollan un incremento de su autoconfianza a partir de superar ese proceso tan doloroso que en un principio consideraban imposible afrontar. El dar un giro a su vida ante un suceso traumático les da la sensación subjetiva de que pueden hacer frente a cualquier otra situación que se les presente en la vida.
- Cambios en las relaciones interpersonales. El suceso traumático permite que la persona vea qué personas han estado presentes acompañándole en ese proceso y por tanto sus relaciones sociales se ven fortalecidas; a su vez, muchos refieren que ante la adversidad, el núcleo familiar se ha unido más que nunca. Por último, destacar que estas personas desarrollan una empatía o sensibilidad especial en cuanto al sufrimiento de las personas, lo cual facilita las habilidades y relaciones sociales.
- Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida. Es uno de los cambios más evidentes que suele sufrir la persona ya que la experiencia adversa cambia su sistema de valores y creencias, valorando algunos aspectos de la vida que daba por supuestos con anterioridad.

A su vez, los autores Tedeschi, Park y Calhoun (citado en Vera et al., 2006) hacen referencia a cinco consecuencias que denotan un Crecimiento Postraumático:

- Aumenta la apreciación del valor de la vida.
- Comienza la percepción de que en la vida hay siempre nuevas oportunidades.
- Incremento de las fortalezas personales.
- Mejora de las relaciones interpersonales.
- Cambios positivos en la espiritualidad.

El estudio de la resiliencia y crecimiento postraumático se ha abordado en diferentes eventos traumáticos, pero son escasos los que a ruptura de pareja se refiere. Senter y Caldwell (2002) entrevistaron a 22 mujeres que habían salido de una relación de maltrato. El crecimiento de estas mujeres se vio reflejado en lo siguiente: mejoraron la gestión de sus relaciones interpersonales, aumentó su capacidad para aceptar el apoyo social de su entorno, incrementó su autoconciencia e introspección, su fe y creencias religiosas, la probabilidad de que ayudaran a otras personas en una situación similar y aumentó su percepción subjetiva de control sobre sus vidas al finalizar la relación. Posteriormente, Anderson, Renner y Danis (2012) también realizaron un estudio sobre resiliencia y CP con mujeres que habían salido de una relación de violencia “doméstica”. Los resultados de este estudio clarificaron que los factores de apoyo social e instrumental fueron fundamentales para la recuperación de estas mujeres en esa situación traumática.

A pesar de que lo más estudiado respecto a ruptura de pareja han sido las consecuencias negativas que ésta acarrea a quienes la experimentan, poco se ha hablado de los efectos positivos que puede generar en dichas personas (Buck, 2010). La ruptura puede ser una oportunidad de crecimiento en cuanto a cómo las personas se perciben a sí mismas y al mundo que les rodea, puesto que el dolor puede convivir con el florecimiento de emociones positivas que ayudan a la persona a crecer (Calhoun y Tedeschi, 2004).

3.6. Revisión de programas de intervención en el duelo por ruptura de pareja

Desde el ámbito de la intervención psicológica, se han planteado diferentes modelos desde los que intervenir tras la ruptura de pareja. A pesar de que existen algunos programas sobre ruptura de pareja, los cuales se van a describir a continuación, destaca la escasez de los mismos, ya que solo se han encontrado tres y se tratan de estudios de caso sin un contraste empírico contundente.

Uno de los modelos de intervención se desarrolló mediante la Terapia Narrativa. Dicha terapia se realizó utilizando la externalización de la historia mediante la narración y/o la escritura (poema, carta de despedida...). La intervención fue llevada a cabo con una mujer de 24 años cuyo objetivo era recuperarse y volver a realizar actividades

cotidianas. La evolución fue muy favorable puesto que en 4 sesiones se logró tal objetivo.

Por otro lado, Valladares (2011) empleó la Terapia Humanista-Existencial con un hombre de 25 años. En ella utilizó: sensación sentida, narración de metáforas y visualización de “sanar a su niño herido”. Se le aplicó el Inventario de Derogatis revisado (SCL-90-R). Inicialmente sus puntuaciones revelaron somatizaciones, sentimientos de culpa y ansiedad fóbica, sin embargo, tras la finalización de la terapia las puntuaciones fluctuaban en valores dentro de la normalidad.

En cuanto a la Terapia Cognitivo-Conductual, fue puesta en marcha por Carmona (2012). En este caso, a diferencia de los anteriores, no fue un estudio de caso, sino que se implantó el programa con el análisis de 4 casos (dos hombres y dos mujeres de 31, 38, 39 y 48 años). Algunas de las técnicas que se utilizaron fueron: historización, evaluación de la relación, juegos de roles, diálogo socrático y fomento de la autoestima. Las respuestas obtenidas se categorizaron en tres niveles: respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales. Las respuestas cognitivas fueron: dificultades para establecer nuevos vínculos, etiquetación negativa en cuanto al rol que cumplen en la pareja y una visión negativa sobre ellos mismos. Las respuestas emocionales fueron: miedo al dolor, a la soledad y a no soportar la tristeza. Por último, las respuestas comportamentales fueron: relaciones casuales donde solo hay contacto sexual y no conductas afectivas, búsqueda de espiritualidad y modificaciones en sus rutinas diarias.

Los autores Ramírez y Rodríguez (2012), a través de la integración de la Terapia centrada en soluciones y la Terapia Cognitivo-Conductual, implantaron su programa con un hombre de 29 años. Las técnicas que se utilizaron fueron: la RC de la Terapia Cognitivo-Conductual de Ellis y de la Terapia centrada en soluciones: elicitación, marcar, ampliar y atribuir. Los resultados obtenidos fueron altamente beneficiosos ya que mejoró su autoestima, asertividad, relaciones interpersonales y su relación consigo mismo.

Cabe destacar que, estos programas de intervención tras la ruptura de pareja no incluyen la variable de DE, por lo cual se ha querido implantar este programa que, a pesar de que tenga aspectos comunes con otros que a ruptura de pareja se refieren, incluye dicha variable que se considera troncal puesto que, como se indica a lo largo del marco teórico, cuando existe ruptura puede existir dependencia.

La DE aparece por factores emocionales, cognitivos y conductuales orientados al otro, unido a unas creencias irracionales y distorsionadas sobre el amor y las relaciones de pareja. Esto genera altas expectativas y, por ende, insatisfacción en general con la relación (Lemos y Londoño, 2006; Sirvent y Moral, 2018). De acuerdo con esta teoría, se escoge como modelo de intervención la Terapia Cognitivo-Conductual por su validez empírica demostrable y puesto que abarca los tres dominios principales: pensamiento (cognición), emoción y conducta.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Presentación de la propuesta

Esta propuesta de intervención tras una ruptura de pareja se ha realizado debido a la escasez de programas dirigidos al fortalecimiento de la persona una vez ha roto con su pareja, dado que supone una situación de duelo que, como cualquier otra circunstancia de pérdida, puede suponer un momento complicado en el que la persona no encuentra las herramientas para avanzar y puede necesitar ayuda profesional.

A su vez, se ha querido tener en cuenta la DE, puesto que es una variable que dificulta la recuperación tras una ruptura de pareja, ya que el duelo puede patologizarse por la necesidad extrema de volver con la pareja o buscar otra desesperadamente.

Por último, se ha trabajado con las variables de resiliencia y crecimiento postraumático con el objetivo de que la persona, no solo desarrolle las herramientas para hacer frente a la ruptura, sino que pueda salir fortalecido y suponga una oportunidad de crecimiento personal.

4.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo general de esta propuesta es orientar a la persona hacia la consecución de una identidad propia y sana después de una ruptura de pareja, potenciando aquellos recursos que ya posee.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Presentar el modelo ABC con el fin de que conozca la relación entre pensamiento-emoción-conducta y entienda por qué se siente así.

- Reestructurar los pensamientos e ideas irracionales que le mantienen anclado al problema.
- Generar autosuficiencia y acompañar a la persona en el proceso de independencia, así como recuperar la confianza en sí misma.
- Trabajar la comunicación asertiva como una herramienta de habilidades sociales que le permitirá reforzar y/o ampliar su red de apoyo.
- Aprovechar los recursos personales y fortalezas, como la resiliencia, con el fin de que salga reforzada positivamente de la situación “traumática”.

4.3.Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La propuesta de intervención se aplicaría en cualquier centro de psicología sanitaria y el profesional que lo desarrolle, debe estar graduado o licenciado en psicología así como tener el título de Máster General Sanitario (MPGS) o titulación de Psicólogo Interno Residente (PIR).

Esta propuesta está destinada para cualquier persona que solicite ayuda profesional tras una ruptura de pareja e inicialmente se le administrará un test que evalúe la DE en la pareja y se tendrá en consideración la información obtenida a través de la entrevista personal, así como el criterio del profesional que realiza la evaluación.

El cuestionario que se utilizará será el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) construido por Lemos y Londoño (2006), que cuenta con una fiabilidad excelente (alfa de Cronbach de 9). Dicho cuestionario está compuesto por 6 subescalas (ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención) y por 23 ítems que se responden en una escala de tipo Likert (1 = completamente falso a 6 = me describe perfectamente).

4.4.Metodología, recursos, etc.

Se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica mediante la búsqueda de documentación especializada sobre la temática de relaciones de pareja y dependencia emocional en diferentes bases de datos (Dialnet plus, Psycodoc, PubMed, Scielo y Psycinfo) y motores de búsqueda como Google Académico.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron las siguientes: dependencia emocional, ruptura de pareja, duelo, resiliencia y crecimiento postraumático.

Los criterios de selección fueron los siguientes: investigaciones o revisiones teóricas centradas en las rupturas de pareja, específicamente cuando se genera DE tras las mismas así como los recursos que fomentan la resiliencia y el crecimiento postraumático. Entre estos criterios se encuentran artículos en castellano e inglés, publicados en su mayoría entre los años 2003-2018. En esta búsqueda han sido excluidos artículos divulgativos, como libros de autoayuda, siendo centrada la revisión en artículos de carácter científico.

Después de la lectura de los documentos seleccionados se llevó a cabo un análisis de los mismos y se elaboró un texto en el que se ha expuesto una visión actual del tema estudiado.

En cuanto al programa de intervención, se realizará desde la corriente Cognitivo-Conductual mediante sesiones estructuradas y basadas en objetivos, en las cuales es imprescindible el papel activo del paciente para su evolución, mediante la cumplimentación de las tareas para casa y el ensayo de lo aprendido en sesión, como podría ser la reestructuración cognitiva o discusión de los pensamientos desadaptativos. No obstante, se añadirán ejercicios pertenecientes al campo de la Psicología Positiva que, junto con las actividades gratificantes, permitirán que el paciente aumente sus emociones positivas y su estado de ánimo mejore progresivamente.

Destacar que al comienzo de cada sesión se tomarán las medidas (subjetivas) de estado de ánimo y nivel de ansiedad (0-10) con el fin de realizar una escala de avance y que, al final del tratamiento, podamos ver en un gráfico la evolución del paciente. Esto también permitirá que cuando el paciente tenga recaídas en el proceso y pueda pensar que “no sirve para nada el esfuerzo que hace”, podamos mostrarle cómo su ánimo ha ido mejorando y su ansiedad disminuyendo.

4.5.Actividades

Sesión 1: Evaluación y entrevista personal.

En la primera sesión se realizará una entrevista personal en la que, inicialmente, se indagará por el motivo de consulta (ruptura de pareja) y se continuará explorando acerca de diferentes áreas de su vida con el fin de poder realizar un análisis funcional del paciente. Dicho análisis funcional lo irá realizando el terapeuta conforme avancen las sesiones y es necesario para adaptar el programa a las necesidades de la persona.

A su vez, el terapeuta le devolverá un feedback sobre los síntomas que está teniendo ante la ruptura puesto que, como cualquier duelo, presentará emociones como la culpa, negación, ira... dependiendo de la fase del duelo en la que se encuentre y cuánto de reciente haya sido la ruptura. Normalizar estos síntomas permite que el paciente los acepte dado que, en ocasiones, pueden resultar tan desagradables e irracionales que el paciente puede asustarse o no entender qué le está ocurriendo. Como en cualquier otro duelo (p.ej.: fallecimiento), la persona ha perdido a otra que ha formado parte de su vida y asimilar dicha pérdida conlleva un tiempo de asimilación y aceptación.

Por último, se le administrará un cuestionario que mida la dependencia emocional tras una ruptura de pareja: Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006).

Finalmente, se le explica al paciente que la Terapia Cognitivo-Conductual es una terapia activa, en la que el paciente tiene tareas para casa, puesto que el objetivo es que aprenda a identificar aquello que no sabe gestionar y pueda llegar a convertirse en su propio terapeuta. En esta primera sesión, se le pide que intente identificar aquellos pensamientos que le vienen a la cabeza cuando se siente mal, sin ser evaluados ni juzgados; simplemente plasmarlos en lo que llamamos autorregistro (Anexo 1). Esto nos va a permitir identificar aquellos pensamientos recurrentes para poder modificarlos.

Sesión 2: Revisión autorregistro y toma de conciencia de la dependencia emocional.

En esta sesión, como en todas las siguientes, para comenzar se revisarán las tareas para casa. Para que el paciente pueda evolucionar en la terapia, es necesario que realice los autorregistros, lo cual le permite autoobservarse y volcar la atención sobre sí mismo. Para que el paciente entienda el por qué de realizar esta actividad, se le presentará el modelo ABC (A: pensamiento, B: emoción y C: conducta) postulado por Ellis (1979). Existen dos formas de explicar el modelo:

- Estilo socrático: está dirigido a pacientes con buenas habilidades de comprensión y verbales. Se trata de realizar preguntas estratégicas para que el propio paciente descubra que C, no se causa por A, sino por la combinación de A y B. Es el propio paciente quien saca sus conclusiones.

- Estilo didáctico: el terapeuta explica el modelo de una forma clara. Está dirigido a pacientes que prefieren un terapeuta más directivo o guía.

Es preferible, siempre que se pueda, utilizar un estilo socrático ya que el propio paciente cae en la cuenta de la utilidad de la técnica y es un trabajo más bidireccional (Beck et al., 1976). Esta técnica, denominada más recientemente “descubrimiento guiado” (Padesky, 1993) permite que el paciente entienda la conexión entre pensamiento-emoción-conducta, por lo que el trabajo irá dirigido a discutir ciertos pensamientos “irracionales” o desadaptativos con el fin de sentirnos mejor.

Muy probablemente, en estos autorregistros iniciales aparecerán las primeras señales de dependencia emocional en la pareja con pensamientos automáticos negativos, tales como:

- “*Necesito verle y hablar con él/ella, esto tiene que tener una solución*”
- “Siento que *no soy nadie* si no estoy con él/ella” (Sensación de pérdida de identidad ante la ausencia de la otra persona).
- “*Tengo que llamarle/a, verle/a o saber algo de él/ella, esta situación va a acabar conmigo*” (Incapacidad de controlar la compulsión de saber de esa persona o de estar con ella).

Las personas con DE tienden a considerar “normal” sentirse así ante una pérdida, sin embargo hay que hacerle ver que esos comportamientos dependientes son los que dificultan el proceso de duelo y la evolución, siempre y cuando no tenga conciencia de ello. Lo esencial en esta primera toma de contacto es que distinga cuándo está siendo dependiente emocional de la ex pareja para poder erradicarlo y comenzar su evolución.

Sesión 3: Control de estímulos.

En esta sesión, se comienza a introducir el control de estímulos. Esta técnica es muy utilizada en adicciones (Echeburúa y Báez, 1994) pero entenderemos que la dependencia emocional hace que la persona tenga la tendencia de volver hacia esa persona, independientemente de que la haya dejado o que no le beneficie en su vida. Por tanto, el control de estímulos consiste en eliminar en la medida de lo posible, en primer lugar, el contacto con esa persona y, en segundo lugar, tratar de evitar: lugares a los que

vaya esa persona e intentar conocer información de su vida a través de terceras personas, entre otros.

Tener fotografías visibles en los espacios que frecuenta habitualmente la persona (normalmente en casa), activa esos recuerdos positivos que son los que realmente immortalizamos. Retirar y guardar esos recuerdos nos ayuda a agilizar el proceso y a no retroceder a esos recuerdos positivos una y otra vez. Esta tarea puede llegar a ser muy dramática, ya que es otra manera de tomar conciencia de que esa persona no forma parte de tu vida ni va a estar en ella. Por tanto, y para evitar regodearnos en el dolor que produce dar este paso, una recomendación que podría darse es la de retirar esas fotos justo antes de irnos de casa, por ejemplo, al trabajo o a cualquier actividad, ya que mantenernos distraídos a posteriori de la “limpieza” permitirá sobrellevar más fácilmente este proceso. Es importante que no nos quedemos en casa sin hacer nada ya que eso favorecerá la rumiación del pensamiento y dificultará el proceso.

Para realizar el control de estímulos se tiene que atender a los antecedentes y las consecuencias.

Por ejemplo: El objetivo es no tener ningún contacto con la ex pareja. El antecedente para que no se cumpla podría ser: “un amigo suyo me habla de cómo le van las cosas y hay algo que me preocupa”. Conocer información de su vida se convierte en un antecedente (riesgo) para ponerse en contacto con la persona.

Mediante el autorregistro podemos ver qué antecedentes están haciendo que la persona se acerque a su ex pareja, por lo cual, tendremos un listado de los mismos. Conocerlos nos permite pararlo antes de que suceda por lo tanto, controlando el contexto controlaremos la conducta. Para el ejemplo anteriormente reflejado, se entrenará a la persona para que cuando perciba que van a darle información de su ex pareja refleje de forma asertiva que prefiere no conocer esa información porque no le beneficia.

Para evitar que exista contacto con la ex pareja, realizaremos un contrato conductual de “contacto cero”. Ese contrato consistirá en una serie de normas que se elaborarán junto con el paciente con el fin de que tome conciencia y se ayude del mismo para favorecer su propio avance. A lo largo de la semana, el paciente anotará aquellas normas que haya o no cumplido con el objetivo de que a posteriori, en consulta, se

pueda ver aquello que no ha logrado y por qué, para seguir trabajando en ello. Un ejemplo de contrato conductual de “contacto cero” sería:

“CONTACTO CERO”

Yo: a fecha de:/...../..... me comprometo a realizar lo siguiente (con respecto a mi ex pareja):

- Borrar su número de teléfono (dificulta la accesibilidad a esa persona)
- Eliminarle en cualquier red social (facebook, instagram, tweeter...)
- En caso de que se ponga en contacto conmigo: ¡No contestar!
 - No preguntar a nadie de su entorno sobre cómo le va
 - ...

¿Por qué hacerlo? El primer paso y esencial para empezar a olvidar a una persona es no mantener contacto con ella. Hacerlo solo alargaría el proceso de duelo y significará que pasaré más tiempo hasta empezar a encontrarme mejor.

Sesiones 4 y 5: Reestructuración cognitiva para atacar creencias irracionales relacionadas con la dependencia emocional.

En la primera sesión se le explicará al paciente que existen una serie de pensamientos desadaptativos, lo cual los psicólogos denominan “ideas irracionales”, comunes entre la mayor parte de los seres humanos. Estas creencias son bastante nucleares y son difíciles de cambiar. Se le presentará al paciente el listado de las ideas irracionales en el cual vendrán destacadas aquellas que suele tener una persona dependiente tras una ruptura con el fin de ser discutidas mediante la técnica de reestructuración cognitiva (Anexo 2).

Una vez revisadas las ideas irracionales e incorporados otros pensamientos automáticos negativos propios del paciente, el proceso de reestructuración será el siguiente:

- Definir de forma concreta el pensamiento negativo y el grado de credibilidad del mismo (0-10, siendo 0 nada creíble y 10 el máximo de credibilidad).

- Contraste empírico: el paciente buscará junto con la ayuda del psicólogo, hechos a favor y hechos en contra del pensamiento.
- Contraste adaptativo: consiste en la búsqueda de consecuencias positivas y consecuencias negativas de seguir pensando así y de cambiar ese pensamiento (a corto, medio y largo plazo).
- Búsqueda de pensamientos alternativos: pensamientos con una forma más lógica (menos irracional o basado en la emoción), realistas y adaptativos.

Se muestra a continuación un ejemplo de la Idea Irracional número 1: “es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por todas las personas significativas de su comunidad” (Marín, 2006).

Pensamientos automáticos negativos: “Nadie me quiere, no tengo en quién refugiarme cuando me siento mal...” “Necesito una persona a mi lado que me apoye en mis decisiones”

Grado de credibilidad (0-10): 10

Hechos a favor del pensamiento: He perdido a mi pareja (lo cual me hace sentir solo/a)

Hechos en contra del pensamiento: He tomado nuevas decisiones sin el apoyo de una pareja; Tengo familia y amigos que me quieren y me escuchan cuando me siento mal...

Consecuencias positivas de seguir pensando así: No me ayuda en nada, a corto plazo me hace regodearme en el dolor y sentirme aún más sola; a largo plazo pensar así no me permitirá avanzar... En este caso solo encontramos *consecuencias negativas*. Por ejemplo, si el pensamiento consistiera en culpar al otro de la ruptura, a corto plazo una consecuencia positiva que obtendría la persona sería que realizar esa atribución externa puede aliviar el sufrimiento que genera la culpa.

Pensamientos alternativos: Tengo derecho a sentirme triste y sola, porque he perdido a una persona que me ha acompañado “x” tiempo en mi vida; en realidad no estoy sola, tengo a mi familia y amigos que me apoyan siempre que lo necesito.

Respecto a las tareas para casa, se le dará al paciente unas tarjetas en las que tendrá que registrar la situación, el pensamiento automático negativo y buscar el

pensamiento alternativo. Esto permite que, tal y como ha aprendido en sesión, realice la reestructuración en casa y vaya convirtiéndose en su propio terapeuta. Dicho trabajo será reforzado positivamente en la siguiente sesión pues es una herramienta que nos interesa que el paciente practique y adquiera.

En la siguiente sesión, se revisarán las tareas para casa, en las cuales el paciente ha buscado el pensamiento alternativo y se reevaluará el grado de credibilidad del mismo. Es normal que al principio, el pensamiento alternativo no suene muy creíble para el paciente ya que se debe tener en cuenta que lleva toda su vida pensando de una determinada manera distinta a esta. Es importante reflejarle al paciente que este trabajo de reestructuración requiere entrenamiento, como si de un deporte se tratara. Dependerá del paciente las sesiones empleadas en realizar la reestructuración ya que, cada persona, lleva sus tiempos por lo que será criterio del terapeuta valorar si requiere alguna sesión adicional para trabajar la reestructuración del pensamiento.

Sesión 6: La idealización tras la ruptura.

Cuando una relación se rompe, el sufrimiento que esta pérdida genera en las personas hace que la mente nos traicione. Superar una ruptura de pareja es un proceso doloroso y una lucha continua por aceptar la pérdida; esto puede llegar a ser muy frustrante y la necesidad de sentirnos bien hace que nuestra mente nos ponga trampas para volver a esa relación y no atravesar el duelo. Tal y como refiere Riso (2009) desarrollamos una especie de “memoria selectiva” hacia lo bueno que tenía la relación en forma de recuerdos positivos, acerca de las cualidades de la otra persona, de momentos felices junto a ella, etc.

Estas trampas que nos pone el cerebro pueden hacernos retroceder en el proceso de aceptación. Para que el paciente entienda esto se le expondrá un símil con un adicto a la cocaína; cuando deja de consumirla su mente solo le trae recuerdos de momentos de euforia, placer... que esta sustancia le daba, mientras que no le viene a la cabeza los problemas de salud, familiares, de pareja... que le ha generado. Sin embargo, cuando lo ponemos en una balanza, es importante recordar por qué no nos conviene volver a ello. Para que el paciente tenga otro punto de vista, se le puede ofrecer el recurso de la charla TED del psicólogo clínico Guy Winch (Recuperado de: https://www.ted.com/talks/guy_winch_how_to_fix_a_broken_heart?language=es).

Dicho profesional refiere la importancia de la realización de un listado de cualidades

negativas de su expareja, actitudes o situaciones que le hicieron sentir mal con esa persona y/o recuerdos desagradables. Es significativo que la persona lo lleve a mano, como por ejemplo en las notas del móvil, para que en cualquier momento de debilidad en el que la mente nos recuerde lo “perfecta” que era la otra persona, poder reestructurar esa distorsión, ya que seguramente no lo era y tampoco la relación. El proceso de reestructuración de esos pensamientos es el mismo que se ha trabajado previamente en sesiones anteriores.

Sesión 7: Promoviendo la independencia, adiós a tu zona de confort.

Las personas dependientes tienen la tendencia a consultar cada paso que dan con aquellos que eligen como figura de referencia. En este caso, cuando tienen una pareja, suele ser en quién recae esta responsabilidad de tomar decisiones o intentan delegar algunas tareas en ellos. Por ello, es imprescindible que la persona identifique aquellas cosas que le da miedo hacer solo o incluso resolver problemas o situaciones difíciles sin la necesidad de consultar, ya que cabe decir que estas personas poseen una gran necesidad de aprobación por parte de los demás. Se desmontará la idea de que equivocarse es malo; equivocarse es bueno porque es una de las mejores maneras de aprender, y si no te equivocas resultará que te has estancado o acomodado.

Esta acomodación es lo que conocemos como “zona de confort”. En ella nos sentimos cómodos porque es aquello que estamos acostumbrados a hacer por lo cual nos hace sentir seguros pero a la vez, nos lleva a perdernos muchas experiencias nuevas lo que enriquecerá nuestra vida. Permanecer en la zona de confort nos hace sentir que estamos estancados y que nuestra vida no resulta estimulante. Por tanto, es imprescindible cambiarlo. Además, salir de la zona de comodidad aumentará la autoconfianza puesto que, puede salir bien y si sale mal, habremos aprendido algo nuevo. Una ruptura sentimental puede dejar a la persona en una situación de indefensión, más cuando existe dependencia emocional.

Dependerá de la persona qué hacer para salir de su zona de confort, por lo que habrá que explorar en sus miedos o limitaciones a la hora de exponernos a ellas.

Dicho trabajo se realizará mediante la técnica de exposición. Dicha técnica puede desarrollarse en imaginación (EI) o en vivo (EV). A su vez, debe realizarse progresivamente puesto que es algo que la persona ha estado evitando por miedo al

fracaso, a ser juzgada u otros. Esta técnica ha sido utilizada en diversas patologías pero es considerada una de las más eficaces para el tratamiento de cualquier tipo de “fobia”. En este caso, un ejemplo sería: relacionarse con personas en otros contextos a los que está habituado. Esto se podría dividir en distintos ítems por orden jerárquico de dificultad:

- Salir por entornos en los que no está acostumbrado acompañada de amigos.
- Estar receptivo a conocer a gente que puedan presentarte otras personas de confianza.
- Dirigirte a una persona desconocida con el fin de entablar una conversación.

Teniendo en cuenta que la persona está acostumbrada a evitar este tipo de situaciones, ir de los ítems más sencillos a los más complejos. A su vez se debería medir la ansiedad anticipatoria (0-10), la ansiedad en el momento y la ansiedad posterior. Para que la exposición se haya realizado con éxito, la ansiedad se ha de reducir si no a 0 (Pastor y Sevillá, 2003), lo mayor posible; si no, no se recomienda pasar al siguiente ítem.

Sesión 8: Incremento del sesgo positivo para aumentar la autoestima.

Cuando la persona comienza a realizar actividades que le sacan de su zona de confort, automáticamente debería a comenzar a sentirse mejor, su sensación de autoeficacia aumentará. Por ello, comenzaremos a trabajar la autoestima mediante el incremento del sesgo positivo. Para ello, inicialmente la persona elaborará un listado de aquellos aspectos que le gusten tanto de su personalidad como de su físico.

Posteriormente, deberá realizar un ejercicio mental en el que focalizarse cada día en “su mejor versión” ante una situación, teniendo en cuenta su potencial el cual puede recordar mediante el listado elaborado previamente. Un ejercicio que le ayudará a hacerlo cada día es escribiendo al final del día aquello en lo que se ha sentido realizada o con lo que se ha sentido orgullosa.

Un ejemplo de esto sería:

Logros personales: haber cumplido un planning de organización de estudio.

Logros relacionados con el físico: haber realizado el tiempo de deporte previsto.

El objetivo de todo esto es que, cuando termine la semana, pueda recordar todo aquello que sí ha logrado y por tanto, recordar cuáles son sus fortalezas personales. Junto a esto, se podría practicar el “agradecimiento”, una vez se hayan anotado aquellas cosas que salieron bien en el día, sentirse agradecido por ello, ya que según Park, Peterson y Seligman (2004), las personas que se sienten agradecidas a menudo reflejan una mayor satisfacción con la vida, son más optimistas y tienden a experimentar emociones más positivas.

Sesión 9: Comunícate de forma asertiva.

En esta sesión, el objetivo es que la persona aprenda a comunicarse de forma asertiva. La asertividad consiste en explicar tus sentimientos o necesidades, de forma empática respetando los derechos de la otra persona (Alonso, González y Mejía, 2014). Para explicarlo, se dibujará la sumisión, asertividad y agresividad en un continuo:



Se le explicará al paciente que las personas nos movemos en ese continuo, pero tenemos una tendencia hacia la sumisión o por el contrario hacia la agresividad. En el caso de un dependiente emocional, podría inclinarse hacia la sumisión si por complacer a su pareja bajo la idea de que si le dice lo que piensa, la perderá, se calla y asume cosas que no le gustan o incluso le hieren. Por el contrario, puede tener una tendencia agresiva si utiliza los gritos, la violencia verbal, los enfados... para conseguir lo que quiere (por ejemplo: atención).

Una vez la persona se haya situado, junto con la ayuda del terapeuta, en ese continuo comenzará a trabajar la asertividad. Inicialmente, puede resultar una tarea muy compleja por lo que se harán diversos role playing en sesión de situaciones en las que cueste ser una persona asertiva. Inicialmente se ensayarán con pequeñas situaciones de la vida cotidiana de la persona para que comience ese entrenamiento; a posteriori, una vez vaya aprendiendo cómo hacerlo, se podrían ensayar en terapia situaciones en pareja para sus futuras relaciones.

Por ejemplo: Imagina que tu pareja todos los días cuando llega de trabajar y se ducha, deja la ropa tirada en el baño y tú acostumbras a ir detrás y recogerlo sin decir nada.

¿Qué tipo de respuesta estás teniendo ante esta situación?: Sumisión.

¿Qué otro tipo de respuesta (asertiva) podrías tener ante esa situación teniendo en cuenta tus emociones y sin necesidad de hacer daño al otro?: Cariño, entiendo que llegues cansado de trabajar pero yo también lo estoy, ¿podrías recoger tu ropa después de ducharte?

Aclarar que, aunque nosotros tengamos una comunicación asertiva, no implica que las personas vayan a responder bien, sobre todo si les hemos acostumbrado a la sumisión lo cual suele generar altos beneficios en la gente de su entorno. Explicar eso es importante como lo es que tenga en cuenta sus propios derechos, independientemente de cómo lo vea el resto.

Este entrenamiento puede durar varias sesiones, dependiendo de lo que tarde la persona en interiorizar este tipo de respuestas. También destacar que es importante evaluar la asertividad en diferentes ámbitos de su vida puesto que, en cada situación tenemos un rol diferente y, una persona que puede ser muy asertiva con sus amigos, no tiene por qué serlo en su trabajo o con su pareja, por ejemplo. Por tanto es importante ahondar en diferentes áreas de su vida.

Sesión 10: Aumenta las redes de apoyo.

Para mejorar y fortalecer aquellas relaciones sociales de su entorno, la persona podría realizar una actividad denominada “visita de gratitud” (Seligman et al. 2005). Dicha actividad consiste en escribir y repartir una carta de agradecimiento a una persona con la que estuviera agradecida y a la que nunca se lo hubiera reflejado tanto como le gustaría. Esto, además de reforzar la relación, permite que la persona recuerde que tiene apoyos en su entorno y momentos en los que lo ha recibido, por lo cual, es más fácil que vuelva a recurrir a estas personas.

Posteriormente, sería muy beneficioso para la persona apuntarse a actividades que le gustan donde poder conocer gente nueva. Indagar en aquellos hobbies o

actividades en los que la persona tenga interés e intentar motivarla para que los ponga en práctica.

Hoy en día también tenemos accesibilidad a las nuevas tecnologías y éstas nos facilitan aplicaciones mediante las que conocer gente. Siendo precavidos puede ser una buena herramienta para conocer gente nueva y explorar nuevos entornos. Es importante que la persona conozca gente nueva para que le devuelvan otra imagen de sí misma diferente a la que tienen otros amigos o conocidos de toda la vida, lo cual será muy beneficioso para su autoestima. Nuevamente, dicha práctica se realizará de forma progresiva puesto que puede suponer una tarea de exposición para la persona.

Sesión 11: Tus fortalezas personales.

Muchas veces, las personas en el proceso de cambio terapéutico se sienten indefensas o débiles por acudir a terapia, lo cual no tiene sentido ya que la terapia conlleva un esfuerzo muy grande y es una lucha diaria por la felicidad. Es importante que el paciente se centre en sus fortalezas y en los recursos personales que posee y que le han permitido con su esfuerzo, evolucionar e ir sintiéndose mejor, generando emociones como orgullo, satisfacción y realización (Peterson y Seligman, 2004).

Por ello, en esta sesión se le pedirá al paciente escribir una carta para sí mismo donde cuente qué hizo para estar como está a día de hoy, aquellos problemas por los que acudió a terapia. Por ejemplo, puede comenzar diciendo que el primer paso que dio fue acudir a terapia en búsqueda de ayuda. Posteriormente otro paso que hizo (no mantener contacto con su ex pareja, recordar lo difícil que fue y cómo lo hizo), etc.

A las personas les cuesta poco pensar en sus defectos y mucho en sus virtudes o fortalezas, si no ha sido entrenado en esa focalización positiva desde su infancia. Por ello, el psicólogo puede ayudarle a elaborar el principio de esta carta pero es importante que haga el ejercicio en casa y que se acostumbre a reforzarse por aquello que logra y no dé por hecho que es lo normal. Para ello, el paciente contará con la ayuda del VIA Inventory of Strengths, traducido al castellano (Cuestionario VIA de Fortalezas Personales) de Peterson y Seligman (2004). Dicho cuestionario incluye 24 rasgos positivos agrupados en 6 virtudes o fortalezas: (1) sabiduría y conocimiento; (2) valor, coraje; (3) humanidad y amor; (4) justicia; (5) templanza, contención; (6) trascendencia (Anexo 3).

Sesión 12: Repaso de las creencias irracionales.

En esta sesión, se retomarán las Ideas Irracionales con respecto de la pareja que se han trabajado mediante el proceso de Reestructuración Cognitiva, para ver si el paciente ha asimilado los pensamientos alternativos.

Para ello, se irá exponiendo oralmente una por una y el paciente debe verbalizar la discusión de ese pensamiento y explicar el pensamiento alternativo. Es una manera de comprobar que esto ha sido asimilado y de trabajar, en caso de que eso ocurra, algunos pensamientos que no hayan sido bien interiorizados o que hayan podido volver a aparecer de nuevo.

Sesión 13: Prevención de recaídas mediante cambio de roles.

Durante esta sesión, se realizará un cambio de roles entre el paciente y el terapeuta. El terapeuta tendrá que representar lo más realista posible el caso del paciente, cuando acudió a consulta así como reflejar las Ideas Irracionales que éste tenía. También tratará temas que hayan supuesto una dificultad a lo largo de las sesiones. El objetivo de este cambio de roles es que el paciente se convierta en terapeuta, realice la reestructuración del pensamiento y, se convierta en su propio terapeuta.

Esta práctica permite observar si el paciente ha asimilado lo que se ha trabajado en terapia y nos confirma que en un futuro va a poder ser su propio terapeuta. La terapia Cognitivo-Conductual pretende que el paciente consiga ser autosuficiente por eso tiene una gran responsabilidad en su proceso de cambio con, por ejemplo, las tareas para casa.

Sesión final: Seguimiento y cierre.

En la sesión final, se comenzará aplicándole al paciente el instrumento inicial de evaluación que mide la dependencia emocional (Cuestionario de DE de Lemos y Londoño, 2006). Con ello, se comprobará la eficacia del programa y el propio paciente podrá ver su evolución. Junto a ello, el terapeuta previamente habrá realizado un gráfico mediante el cual se mostrará al paciente su evolución, con las medidas subjetivas que se han ido tomando mediante el proceso terapéutico de depresión y ansiedad. Lo normal es que según aumente el estado de ánimo, la ansiedad vaya disminuyendo. Aquí se muestra un ejemplo de cómo podría ir evolucionando un gráfico de 4 semanas.

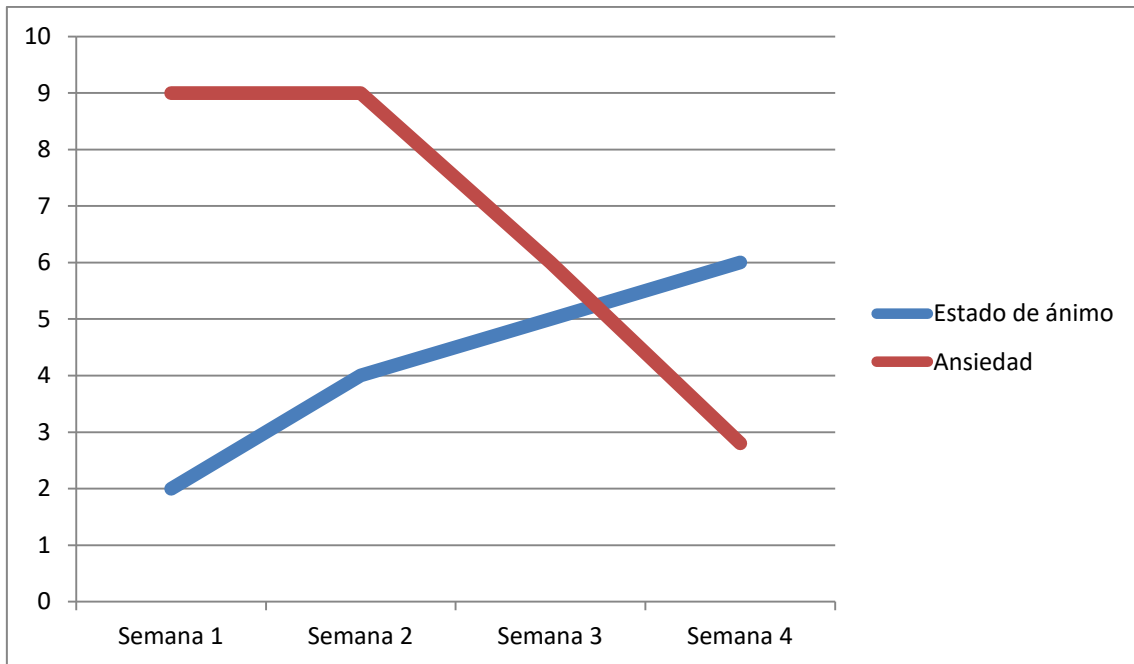


Figura 1: Curva de evolución terapéutica con niveles subjetivos de EA y ansiedad

Por último, se realizarán una serie de preguntas con proyección al futuro con el fin de que el paciente adelante situaciones potencialmente problemáticas en un futuro y ver qué haría para gestionarlas. Además, esto permite generar en la persona una sensación de control ya que si sigue planteando las técnicas que ha puesto en marcha en terapia (autorregistros, reestructuración cognitiva...) puede ver que es capaz de gestionar las crisis que puedan aparecer en un futuro.

4.6.Cronograma de aplicación

Tabla 1

Cronograma de aplicación del programa: actividades y recursos.

Actividades	Objetivos	Duración
Sesión 1: Evaluación y entrevista personal	<p>Evaluar la sintomatología mediante la entrevista personal y con el Cuestionario de Dependencia Emocional de Lemos y Londoño (2006).</p> <p>Introducir la propuesta de intervención así como la metodología desde la corriente Cognitivo-Conductual.</p>	<p>Puede llevar hasta dos sesiones (cada sesión dura 1h). El terapeuta decidirá si alargar una sesión (1h y 30 min) o si es necesario dos sesiones (2h).</p> <p>1h y 30min / 2h.</p>
Sesión 2: Revisión autorregistro y toma de conciencia de la DE	<p>Presentación del ABC para que entienda la progresión: pensamiento-emoción-conducta.</p> <p>Revisión del autorregistro para aumentar la toma de conciencia de problema.</p>	1 hora.
Sesión 3: Control de estímulos	<p>Erradicar el contacto con la persona así como evitar relacionarse con todo lo que le acerque a la misma.</p> <p>Plantear un contrato conductual para llevar dicho objetivo a cabo.</p>	1 hora.
Sesiones 4 y 5: Reestructuración cognitiva para atacar creencias irracionales relacionadas con la DE	<p>Explicación de las Ideas Irracionales adaptadas a la DE.</p> <p>Planteamiento de la técnica de reestructuración cognitiva para cuestionar dichas ideas.</p> <p>Tareas para casa: generar pensamientos alternativos tal y cómo se ha aprendido en terapia.</p>	<p>2 horas (mínimo).</p> <p>*La técnica de la RC, puede ser compleja de asimilar dependiendo del paciente, por lo que la duración de estas sesiones dependerá de ello.</p>
Sesión 6: La idealización tras la ruptura.	<p>Toma de conciencia de aspectos negativos que conllevaba estar con su pareja y realizar un listado para recordarlo como mecanismo para reestructurar la idealización de la misma.</p>	1 hora.
Sesión 7: Promoviendo la independencia, adiós a tu	<p>El objetivo es que la persona comience a ser</p>	1 hora.

zona de confort.	autosuficiente y no delegue tareas en los demás. Esto reforzará su autoconfianza. Presentación y práctica de la técnica de exposición.	
Sesión 8: Incremento del sesgo positivo para aumentar la autoestima.	Elaboración de un listado de aspectos que le gusten de sí mismo (personalidad y físico). Entrenamiento en focalización cada día en sus logros personales.	1 hora.
Sesión 9: Comunícate de forma asertiva.	Exponer la diferencia de una comunicación: sumisa, asertiva y agresiva. Presentar los beneficios de comunicarse de forma asertiva y entrenamiento en la misma.	1 hora.
Sesión 10: Aumentar redes de apoyo.	Psicoeducar acerca de la importancia que tiene conocer gente nueva. Fortalecer las relaciones personales que ya tiene en su entorno.	1 hora.
Sesión 11: Tus fortalezas personales.	Recordar los motivos que le llevaron a acudir a terapia y centrarse en cómo ha evolucionado, a modo de refuerzo por el esfuerzo.	1 hora.
Sesión 12: Repaso de las creencias irracionales.	Comprobar la reestructuración de las ideas irracionales así como si el paciente ha asimilado los nuevos pensamientos alternativos.	1 hora.
Sesión 13: Prevención de recaídas mediante cambio de roles.	El objetivo es que el paciente se convierta en su propio terapeuta y ver cómo realiza la reestructuración del pensamiento.	1 hora.
Sesión 14: Seguimiento y cierre.	Volver a aplicar el instrumento inicial de evaluación y ver los cambios conseguidos. Mostrarle su curva de evolución.	1 hora.

4.7. Evaluación de la propuesta

Para la evaluación de la propuesta se llevarán a cabo los siguientes pasos:

Se volverá a administrar el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006).

Se tendrá en cuenta la evolución del paciente a partir de las puntuaciones obtenidas en cada sesión respecto a su percepción subjetiva de ansiedad y estado de ánimo. A su vez, esto se reflejará en un gráfico en el que se observarán los progresos. Es importante saber que a lo largo del proceso terapéutico habrá recaídas pero, lo esencial es que exista una estabilidad temporal al final de la terapia indicando que el paciente se encuentra con un buen estado de ánimo y bajos o nulos niveles de ansiedad.

También se valorará la evolución del paciente a través de sus respuestas reflejadas en los autorregistros. Ahí se verá cómo ha cambiado su dinámica de pensamiento-emoción-conducta, favorablemente.

El programa se evaluará en cada paciente de forma individual y, cuando se disponga de una muestra lo suficientemente amplia y representativa, se analizará de forma grupal para tratar de contrastar la eficacia del mismo. A su vez, podría ser recomendable contar con un grupo control que cuya terapia no incluya la DE.

5. CONCLUSIONES

Tal y como se ha referido en la revisión teórica, la ruptura de pareja se considera uno de los sucesos más traumáticos en la vida de las personas después de la muerte de un ser querido. Además, la pareja conforma un vínculo de apego sólido el cual puede llevar a que, quienes salen de una relación de pareja tras una ruptura, presenten complicaciones para volver a ser independientes por lo cual es común presentar dependencia emocional.

Dicha propuesta de intervención nace dada la escasez de programas que traten el duelo que supone una ruptura de pareja, y mucho menos que incluyan la variable de DE, por lo que podría afirmarse que es novedoso y necesario. La propuesta ha sido desarrollada desde la corriente Cognitivo-Conductual lo cual ofrece unas garantías gracias a las técnicas empleadas, contrastadas y con validez empírica. Además, se trata de un tratamiento integrador puesto que añade las variables de resiliencia y crecimiento postraumático provenientes de la Psicología Positiva.

Como recomendaciones adicionales, sería interesante que el terapeuta que implemente el programa mida otro tipo de patologías concomitantes; principalmente la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la ansiedad mediante el Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo (STAI), puesto que son patologías comunes casi en cualquier duelo.

Asimismo, sería interesante realizar estudios que relacionen DE con trastornos de la personalidad tales como:

- Trastorno de personalidad evitativo: por su miedo exacerbado al abandono.
- Trastorno de personalidad histriónico: este perfil puede buscar o necesitar de otras personas para buscar su aprobación constante y su estabilidad emocional puede llegar a depender de ello. También sufren grandes sentimientos de vacío.
- Trastorno límite de la personalidad: su sensación interna de vacío es muy característico lo cual hace que se vincule patológicamente con algunas personas significativas. Sienten un miedo extremo a la soledad.

Se considera de suma importancia tener en cuenta si los pacientes padecen algún trastorno de personalidad puesto que el programa requeriría de adaptaciones, dado que es probable que esto pueda dificultar y ralentizar el proceso terapéutico, ya que es algo estable en el tiempo y más complicado de modificar.

En cuanto al número de sesiones y el contenido de las mismas, destacar que son orientativos. El programa debe adaptarse al nivel sociocultural del paciente e incluso al ritmo del cual requiera el mismo para asimilar lo que se va trabajando en terapia.

Las sesiones se han realizado en base a los problemas que pueden ir vinculados a una ruptura de pareja cuando existe dependencia emocional pero, es cierto que, por ejemplo, puede que la persona no presente ningún tipo de problema de asertividad y esa sesión podría omitirse; de la misma manera, otras de ellas podrían requerir de mucho más tiempo dependiendo del grado de deterioro que presente la persona.

6. REFERENCIAS

- Alonso, M., González, D. y Mejía, A. (2014). La asertividad: una competencia primordial del docente en línea. *Revista Mexicana de Bachillerato a Distancia*, 12(6), 33-38. Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/rmbd/article/view/64863>
- Anderson, K. M., Renner, L. M., y Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against women*, 18(11), 1279-1299. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801212470543>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20-28. Recuperado de: <http://www.public.asu.edu/~iacmao/PGS191/Resilience%20Reading%20%231A.pdf>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brown, S. y Lewis, V. (1995). *The alcoholic family: A developmental model of recovery. Treating Alcoholism*. San Francisco: Josey Bass.
- Buck, E. (2010). *Relationship Breakups: Are They All Bad?* (Tesis Doctoral de la Facultad de Texas Tech University). Recuperado de: http://etd.lib.ttu.edu/theses/available/etd-05132009-115255/unrestricted/Buck_Erin_Diss.pdf
- Cabrejos J. (2005). La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales. *Tema Central*, 10(28), 47-70. Recuperado de: <http://200.62.146.19/bibvirtualdata/publicaciones/economia/28/a04.pdf>

- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychology Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Carmona, I. (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde a terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. *Polisemia*, 13, 35-46.
- Caruso, I. (2003). *La separación de los amantes*. México: Siglo XXI.
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, 5 (8).
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cuevas, A. y López, F. (2006). Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 47-60. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80100605.pdf>
- Deza, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Avances en Psicología*, 20(1), 45-55.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, H., Brown, L., Aron, A, Strong, G. y Mashek, D. (2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *Journal of Neurophysiology*, 104, 51–60. Recuperado de: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/jn.00784.2009>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., y Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th,

2001. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 365. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755263/>
- García, F. E., e Ilabaca Martínez, D. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 11(2), 42-60. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612013000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Gary, W., y Lewandowski Jr. (2009). Promoting positive emotions following relationship dissolution through writing. *Journal of Positive Psychology*, 4(1), 21-31. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Gary_Lewandowski_Jr/publication/232946681_Promoting_positive_emotions_following_relationship_dissolution_through_writing/links/54feddbb0cf2672e22408f1a.pdf
- González-Jiménez, A.J., y Hernández-Romera, M. del M. (2014). Emotional Dependency Based on the Gender of Young Adolescents in Almería, Spain. *Procedia –Social an Behavioral Sciences*, 132, 527-532.
- Gonzalez, B. (2001). La mediación familiar: una intervención para abordar la ruptura de pareja. *Medifam*, 11, 614-618.
- Hefferon, K., y Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. McGraw-Hill.
- Holmes, T.H. y Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Jornal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Ibáñez, C. (2012). *Nuestro lado luminoso*. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Psicología Positiva/Instituto Felicidad Coca Cola.
- Iturregui Paucar, C. R. (2017). Esquemas disfuncionales tempranos y dependencia emocional en estudiantes universitarios de Lima Norte-2017.
- Izquierdo-Martínez, S. A., y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: Abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91.

- Jensen, T. M., Willoughby, B. J., Holman, T. B., Busby, D. M., y Shafer, K. (2015). Associations between family and interpersonal processes and emerging adult marital paradigms: Does adult attachment mediate? *Journal of Adult Development*, 22(1), 50-62.
- Lemos, M., y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología. Universidad Católica de Colombia*, 9, 127-140. Recuperado de: <http://dialnet.unrioja.es/servlet/articulo?codigo=2263254&info=resumen&idioma=SPA>.
- Llano, M. N. G., y López-Rodríguez, J. A. (2017). La dependencia emocional: la adicción comportamental en los márgenes de la patología dual. *Revista de Patología Dual*, 4(2), 1-4. Recuperado de: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Dependencia_emocional.pdf
- Marín, N. L. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental*, 6(25), 126-129.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 321-332.
- McClintock, A.S., y Anderson, T. (2015). The Application of Mindfulness for Interpersonal Dependency: Effects of a Brief Intervention. *Mindfulness*, 6, 243-252.
- Moral, M. V., y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, 145-167.
- Moral, M. V., y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43, 230-240.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Suarez Ojeda, E. N., Infante, F., y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en*

niños y adolescentes. Kellogg: Organización Panamericana de la Organización Mundial de la Salud.

Ojeda Ludeña, G.K. (2012). *La Dependencia Emocional y la aceptación de la Violencia Doméstica en la población femenina que acude a la comisaría de la mujer y la familia de la ciudad de Loja*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Loja, España.

Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery. In *A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London* (Vol. 24). Recuperado de: <http://padesky.com/newpad/wp-content/uploads/2012/11/socquest.pdf>

Park, N., Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.

Pastor, C. y Sevillá, J. (2003). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.

Peñafiel Muñoz, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 9(1), 53-86. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011000100002&script=sci_arttext

Pineda, R. (2005). *Vivencia de la esterilidad en parejas que no tienen hijos*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pinto, B. (2013). Terapia de la ruptura amorosa. En F. García (Ed.), *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y Aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL.

Ramírez, J., y Rodríguez, J. (2012). El proceso en Psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 610-635. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>

Reynauld, M., Karila, L., Blecha, L. y Benyamina, A. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 261-267.

- Riso, W. (2008). *¿Amar o depender?: cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Riso, W. (2013). *Para vencer la dependencia emocional. Guía práctica*.
- Rojas, M. (1994). *La pareja rota. Familia, crisis y superación*. Madrid: Espasa Calpe.
- Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, y González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología, 116*, 36-46. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288486>
- Senter, K. E., y Caldwell, K. (2002). Spirituality and the maintenance of change: A phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemporary family therapy, 24*(4), 543-564.
- Smith-Etxeberria, K., Ortiz-Barón, M. J., y Apodaca-Urquijo, P. (2014). Experiencias e interacciones de la familia de origen y su influencia en las relaciones afectivas de los adultos jóvenes. *Apuntes de Psicología, 32*(2), 127-136.
- Tashiro, T. y Frazier, P. (2003). "I'll never be in a relationship like that again": Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships, 10*, 113-128. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6811.00039>
- Valladares, M. (2011). *Crecimiento Personal a partir de una ruptura amorosa: un estudio de caso a través de la terapia humanista y existencial*. (Tesis de Licenciatura). Ecuador: Universidad de San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/686/1/99753.pdf?>
- Valle, L., y Moral Jiménez, M. D. L. V. (2018). Dependencia emocional y estilo de apego adulto en las relaciones de noviazgo en jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 9* (1), 27-41.
- Vera, B. (2004). Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de Psicología Positiva, 1*, 1-42.

Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 40-9. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827106.pdf>

Villegas, M., y Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciadas de maltrato de pareja. *Textos y Sentidos*, 7, 10-29.

7. ANEXOS

Anexo 1: Modelo de autorregistro

DÍA DE LA SEMANA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA ¿Qué hago?
Ejemplo: Lunes (3 febrero), 20.30h	Estoy en casa y me cancelan un plan que tenía	“Voy a estar toda la tarde aburrida” “No le ha importado cambiar mis planes a última hora” ...	Tristeza Enfado	No hago nada, no salgo, paso la tarde enfadada en casa sin poner remedio

Anexo 2: Creencias irracionales adaptadas a la Dependencia Emocional

IDEAS IRRACIONALES	P.A.N. DEPENDENCIA EMOCIONAL
Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por todas las personas significativas de su comunidad	“Nadie me quiere, no tengo en quién refugiarme cuando me siento mal...” “Necesito una persona a mi lado que me apoye en mis decisiones”
Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles	
Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y debe ser severamente castigada por su maldad	
Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno no le gustaría que fuesen	“Si sigo así, me voy a quedar solo/a toda la vida y seré una persona infeliz”
La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene muy poca capacidad o ninguna de controlar sus perturbaciones	
Si algo puede ser peligroso o atemorizante uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra	
Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida	“Prefiero mantener una relación insana/rota/tóxica... antes que separarme de esa persona; no me veo capaz”
Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte que uno en quien poder confiar	¡Esta es la idea NUCLEAR por excelencia en una persona dependiente! “Necesito a X para poder tomar mis decisiones” “No valgo por mi mismo/a”
La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó a uno debe seguir afectándole indefinidamente	
Uno debería sentirse muy preocupado siempre por los problemas y perturbaciones de los demás	
Invariablemente existe una solución perfecta y precisa para los problemas humanos y si esta solución perfecta no se encuentra puede surgir el desastre	

Anexo 3: *Fortalezas Personales de Seligman y Peterson (2004).*

1. Sabiduría y conocimiento: fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento. Algunas de ellas son: creatividad, curiosidad, apertura de mente, amor por el conocimiento y el aprendizaje.
2. Valor, coraje: autenticidad, valor, persistencia y vitalidad.
3. Humanidad y amor: fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás. Algunas de ellas son: bondad, apego, capacidad de amar y ser amado e inteligencia social.
4. Justicia: fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable. Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él. Algunos son: sentido de la justicia, equidad, liderazgo...
5. Templanza, contención: fortalezas que nos protegen contra los excesos. Algunas de ellas son: capacidad de perdón, modestia, humildad, prudencia, discreción, autocontrol y autorregulación.
6. Trascendencia: fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida. Algunas de ellas son: apreciación y disfrute de la belleza, gratitud, esperanza, optimismo, proyección de futuro, espiritualidad, sentido del humor.