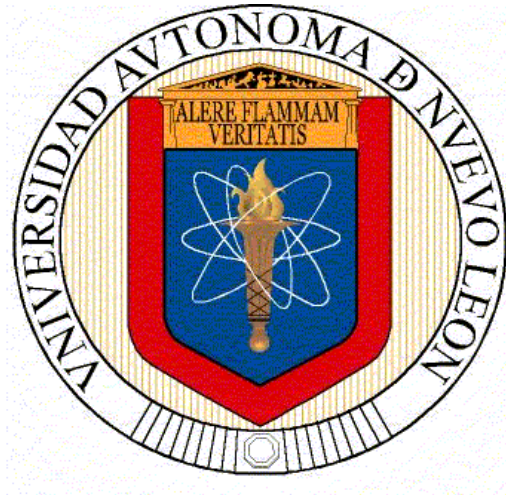


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**“Dependencia emocional: características e intervención,
análisis de dos casos clínicos”**

POR

LIC. MAYRA SOCORRO RUIZ ALBERTO

TESIS

**EN OPCIÓN AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

Monterrey Nuevo León, Septiembre de 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Facultad de psicología

“Dependencia emocional: características e intervención,
análisis de dos casos clínicos”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:
Maestro en psicología

Presenta:

Lic. Mayra Socorro Ruiz Alberto

Director de tesis:

Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá

Co-director externo de tesis:

Dr. Benito Daniel Estrada Aranda

Revisor de tesis:

Mtra. Esther Fernández Solís

Monterrey Nuevo León, Septiembre de 2013

DEDICATORIAS

A mis papás y a mis abuelitos...
Quienes son el pilar de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis papas, por creer en mí y darme su apoyo incondicional.

A mis abuelitos, que han sido unos segundos padres.

A Fabián, por todo su apoyo y por su paciencia durante estos años en este proyecto tan importante para mí. Te amo.

A mis compañeras de maestría por su apoyo.

Al Dr. Pepe Cruz por su apoyo, orientación y tiempo en la culminación de este proyecto.

Al Dr. Benito por su apoyo, tiempo, dedicación y guía en la construcción de este proyecto.

A la Mtra. Esther por su tiempo y participación en este proyecto.

Gracias a todos aquellos que me ayudaron a que este proyecto se volviera realidad.

DEPENDENCIA EMOCIONAL: CARACTERÍSTICAS E INTERVENCIÓN, ANÁLISIS DE DOS CASOS CLÍNICOS

RESUMEN

La dependencia emocional está asociada con la forma, la calidad y la capacidad que tiene una persona para establecer vínculos afectivos con otra. Este patrón relacional se encuentra estrechamente ligado a situaciones de apego y a carencias afectivas sufridas desde la infancia, que ya en la edad adulta lleva a la búsqueda de personas que brinden una sensación de seguridad y protección. El miedo a perder ese soporte constituye una de las principales características de la dependencia emocional. Las personas con dependencia emocional suelen establecer relaciones afectivas desequilibradas que tienden a convertirse en patológicas llevándolas a asumir un rol de sumisión frente a la pareja, a la idealización y a la subordinación hacia los deseos del otro. Los dependientes emocionales establecen relaciones que no llenan el vacío emocional que sienten, simplemente lo atenúan, por lo que no resultan relaciones satisfactorias y a la larga se conducen a la ruptura o a la depresión, y es en este punto donde quienes padecen de dependencia emocional acuden a terapia psicológica. El tratamiento psicológico no resulta sencillo, ya que el dependiente debe tomar conciencia de su problema, debe enfrentarse al cambio y a las heridas del pasado como una forma de modificar estructuralmente su concepción de vida. Debido a esto, el problema debe ser abordado desde una perspectiva biológica, psicodinámica, interpersonal, afectiva y cognitivo-conductual. Un tipo de terapia que ha resultado efectivo para el tratamiento de la dependencia a sustancias y al juego es la terapia breve, la cual también puede resultar útil para el tratamiento de la dependencia emocional, ya que está asociada a otro tipo de dependencias. Dentro de la terapia breve hay dos enfoques psicológicos que pueden ser utilizados para el abordaje desde las perspectivas ya mencionadas, estos enfoques son: el centrado en soluciones y el cognitivo – conductual. Por un lado un enfoque aporta la búsqueda de soluciones desde la propia persona y sus recursos, mientras que el otro se enfoca en la modificación de conductas dependientes, que ya en su combinación ambos aportan una intervención integral que facilita

el alcance de los objetivos terapéuticos y el cambio en la forma de relacionarse sin que el amor constituya ya una trampa.

Palabras clave

Dependencia emocional, terapia breve, centrado en soluciones, cognitivo conductual, y caso clínico.

EMOTIONAL DEPENDENCY: CHARACTERISTICS AND INTERVENTION ANALYSIS OF TWO CLINICAL CASES

EXTRACT

Emotional dependency is associated with the form, quality and the ability of a person to build emotional bonds with another one. This pattern is closely linked to situations of attachment and emotional deprivation experienced in their childhood, leading to find couples that provide a sense of security and protection in adulthood. The fear of losing that support is one of the main characteristics of emotional dependency. People with emotional dependency often establish unbalanced emotional relationships that tend to become pathological, leading them to assume the submissive role of the couple, also the idealization and subordination to the wishes of the other. Emotional dependents establish relationships that do not fill the emotional void they feel, simply attenuated it, so that relationships are not satisfactory and will eventually lead to breakdown or depression, and this is the moment that those with emotional dependency seek to attend psychological therapy. Psychological treatment is not easy, because the dependent must be aware of their problem, deal with the changes and the wounds of the past in order to find a way to structurally modify their conception of life and confront the way they relate in the relationship. Because of this, the problem must be approached from biological, psychodynamic, interpersonal, affective and cognitive-behavior perspectives. One type of therapy that proved to be effective for the treatment of substance addiction and game addiction is "Brief Therapy", which may also be useful for emotional dependency treatment, as it is associated with other dependence treatments. Within brief therapy exists two different psychological approaches that may be used, these ones are the "solution focus" and the "cognitive – behavior". The first one uses the patient's own resources to achieve solutions from themselves, while the second one focuses on dependent behavior modification of the patient's. The combination of both approaches provide a complete intervention that facilitates reaching the treatment goals and change the way they relate in their relationships, without the risk of love constituting a trap bi itself.

Key Words:

Emotional dependency, Brief therapy, Solution focus, cognitive–behavior,
clinical case.

INTRODUCCIÓN

Para todo ser humano resulta indispensable y necesario contar con vínculos afectivos con otras personas, y esto se ve reflejado con la búsqueda constante de la cercanía con los otros, la cual ayuda a brindar una base segura para así poder enfrentar entornos desconocidos y a la cual se pueda recurrir en momentos de peligro, por lo que la búsqueda se hace hacia aquello que se considera fuerte, esto es lo que de acuerdo a John Bowlby (1986) se conoce como Apego. Bowlby (1986) desarrolló toda una teoría en relación a esto, donde queda establecida esta necesidad, sobre la cual él concluye que es donde se fundamenta gran parte del desarrollo socio-afectivo de las personas; resultando así una especie de regulador de las experiencias emocionales y un punto de partida para la personalidad y su expresión. Por esta razón, el apego guarda relación directa con componentes a nivel emocional, cognitivo, conductual y social, dando lugar a diversos sentimientos como, la pertenencia, la seguridad y el autoestima; por lo que las experiencias de apego que se tengan en la infancia influirán en las personas durante toda su vida, determinando ciertas pautas en cuanto a la relación con los otros. Bajo estas consideraciones sobre el apego afectivo, la relación de este con el desarrollo emocional y las formas de relación interpersonal, es donde se puede ir situando una problemática que ha ido tomando fuerza con el paso de los años y que es cada vez más común ver en relaciones interpersonales, principalmente en las de pareja; la cual ha sido identificado bajo el nombre de dependencia emocional.

La dependencia emocional se relaciona y muchas veces se confunde con conceptos tales como el apego, conducta obsesiva, codependencia, adicción al amor, entre otras (Castelló. 2000). Sin embargo, todos estos conceptos son los que han contribuido a que se conozca más de este fenómeno y de las personas que se encuentran dentro de una relación inadecuada donde el amor inseguro es la clave. Como ya se menciona, la dependencia emocional es considerada como una especie de adicción, la cual se da de forma afectiva, cuando la persona deposita su estructura y seguridad en otro (Congost, 2011), perdiendo así la independencia personal. La dependencia emocional, de

acuerdo a Castelló (2005) se define como “un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas”. A su vez esta dependencia se ve acompañada por ciertas creencias en torno a si mismo, a la relación que se establece con otros, a la soledad, a la separación, el miedo, el autoengaño, la vulnerabilidad, las altas expectativas y el compromiso (Cid, 2009). Y es en esta necesidad, miedo a la pérdida, al abandono y a muchos otros aspectos que las relaciones se puedan convertir en dependientes, y esto es lo que ocurre en muchas relaciones no solo de pareja, sino también de familia y de amistad, ya que como comenta Castelló (2006) el dependiente emocional no solo lo es cuando tiene pareja sino que lo es a lo largo de todas las relaciones que establece con las personas con las que convive. El que una persona se vuelva dependiente está ligado a factores como la carencia afectiva, especialmente la que se da en edades tempranas, al establecimiento y la conservación de vínculos afectivos problemáticos y dañinos para la persona, al situar la autoestima en los otros, a cuestiones culturales y de género, etcétera., y el que esto se mantenga a lo largo de la vida de una persona tiene que ver con la propia personalidad que posee esta. La suma de todos estos factores es lo contribuye a que estas relaciones se establezcan, se mantengan, se consoliden y se renuevan constantemente a lo largo de la vida de las personas dependientes emocionales (Norwood, 2011).

Al hablar de dependencia, encontramos que no existe un tipo único, sino que podemos hablar de dos. El primero de ellos está ligado a cuestiones afectivas y el otro deriva de las adicciones ya sea a las drogas o al alcohol: codependencia y bidependencia (Sirvent, Moral, 2008; Castelló, 2005). Y dentro de las dependencias afectivas encontramos otros dos tipos: la instrumental y la emocional. La instrumental tiene rasgos como la falta de autonomía personal, de seguridad, iniciativa, problemas en la toma de decisiones y al asumir responsabilidades. Mientras que la emocional tiene que ver más con relaciones interpersonales establecidas de manera inadecuadas, sumisión en la relación, demanda afectiva, baja autoestima, miedo a la soledad, etcétera., (Cid, 2009). Asimismo, Castelló (2006) hace una distinción entre la dependencia emocional estándar, la cual es la más común y se da

principalmente en mujeres, y la dominante, la cual es menos frecuente y comúnmente son los hombres quienes la presentan. Cuando en una relación de pareja se presentan estos dos tipos de dependencia se habla de una interdependencia donde la relación se vuelve complementariamente patológica.

Como parte de las características que presentan las personas dependientes emocionalmente es su forma estándar encontramos al autoengaño en cuanto a la conciencia del problema y a la toma de soluciones respecto a este, relaciones afectivas conflictivas, pensamientos fantasiosos en cuanto a la relación, creencias irracionales y expectativas altas sobre la relación y la persona, distorsiones cognitivas y percepciones inadecuadas en cuanto a la forma de vida con esa persona, demandas afectivas constantes hacia los demás, afectos desequilibrados y asimétricos entre los miembros de la relación, subordinación emocional, necesidad del otro, en su historia familiar o de relaciones es frecuente encontrar maltrato emocional y/o físico, aislamiento social, apego excesivo a la persona, priorización del otro, disminución en la necesidad del otro pero sin incidencia en su felicidad, miedo constante a la ruptura o al abandono, necesidad de aprobación, falta de asertividad, autoestima y autoconcepto pobre, estado de ánimo disfórico (tristeza, irritabilidad), algunos presentan adicción a alguna sustancia nociva para la salud como las drogas, el alcohol y en menor caso al juego (Moral, Sirvent, Zamora, 2012; Castelló, 2000, 2005, 2006, 2007) .

En cuanto al tipo dependiente emocional dominante tenemos que son personas normalmente explotadoras principalmente con la pareja, son narcisistas, se muestran encantadores y amables en un inicio para después volverse autodestructivos, tienen una autoestima más elevada que el dependiente estándar, son inestables emocionalmente, dominantes, manipuladores y controladores con su pareja, existe poca o nula empatía y afecto hacia esta, hay hostilidad, ambivalencia emocional hacia las personas, el establecimiento de sus relaciones se da desde una posición de superioridad sobre su pareja, no son capaces de romper la relación, hay una utilización de la pareja para la satisfacción de sus propias necesidades, tienden a humillar e incluso agredir verbal y físicamente a su pareja, así mismo es muy común que

se den celos patológicos y sentimientos de posesión total hacia la otra persona, y al igual que el dependiente estándar es común encontrar en su historia de vida maltrato o abandono por parte de miembros significativos (Castelló, 2000, 2005, 2006).

Al hablar de diagnóstico, encontramos que propiamente la dependencia emocional no se encuentra presente en ninguna clasificación de trastornos mentales ni en ningún manual de trastornos como el DSM-IV o el CIE-10, sin embargo pudiera ser considerada dentro de la categoría de “trastorno de la personalidad no especificado” o dentro de “trastorno de personalidad por dependencia”, debido a que sus características o síntomas se acercan más a los criterios establecidos para dichos trastornos (Sirvent & Moral, 2007; Castelló, 2000, 2005). Sin embargo Castelló (2006), en uno de sus trabajos propone que para el diagnóstico del trastorno de la personalidad por necesidades emocionales se evalúen en las personas el cumplimiento de cinco o más de los siguientes criterios: necesidad de la pareja, la búsqueda constante de una pareja cuando no la hay, la sumisión ante la pareja, la priorización de la relación por encima de cualquier cosa, miedo constante a que la relación termine, autoestima baja, miedo excesivo a la soledad, idealización de la pareja; aunado a esto también se puede hacer uso de la historia de vida de la persona, así como de entrevistas y cuestionarios que aporten más información sobre la situación. Dentro de los cuestionarios encontramos al Test de perfil relacional (RPT) de Bornstein y Languirand (2002), cuestionario de dependencia emocional CDE de Lemos y Londoño (2006), el inventario de dependencia interpersonal (IDI) de Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff (1977)

La dependencia emocional es un concepto utilizado frecuentemente, pero no ha sido investigado ni estudiado claramente. En la literatura del tema, encontramos diversas investigaciones teóricas pero ninguna de ellas de forma rigurosa o sistemática, entre las cuales podemos destacar la de Moral y Sirvent (2008) donde se hace un análisis y clasificación sobre la dependencia así como de su etiología y de las claves que ayudan para el diagnóstico. Por su parte Villegas (2006) realiza un recorrido en un tema tan fundamental como lo es el

amor de pareja, en el cual aborda temas como el amor, el amor romántico, el deseo sexual, la dependencia, las bases de la pareja, etcétera; concluyendo que la complementariedad y la simetría sobre los que se funda la relación de pareja son suficientes para explicar el fenómeno de la dependencia emocional. Mallor (2006) por su parte hace una comparación entre el vacío que se experimenta en la dependencia emocional y en las adicciones a través de análisis de casos y de metáforas, de igual forma visualiza el proceso de recuperación en término de proceso de duelo que tiene como fin ultimo la autonomía de la persona.

En investigaciones practicas o aplicadas sobre el tema, Lemos, Londoño y Zapata (2006) realizaron un estudio con el objetivo de establecer las distorsiones cognitivas que mejor discriminan las personas con un perfil dependiente, se llevo a cabo con una muestra de la población de Medellín mediante la aplicación de un cuestionario de dependencia emocional y de distorsiones cognitivas. Ellos concluyen que las distorsiones que presentan en común esta población son la de deberías y falacia de control. Por su parte Moral y Sirvent (2009) evaluaron casos de personas con diagnostico de dependencia emocional encontrando que estas presentan posesividad, abstinencia, desajustes, inestabilidad emocional y conflictos de identidad. En población mexicana Massa, Pat, Keb, Canto y Chan (2011) llevaron a cabo un estudio basado en la definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Yucatán encontrando diferencias entre edades y sexos a nivel semántico y que se obtuvieron más palabras para definir la dependencia emocional que el amor.

Si hablamos de tratamiento psicológico vemos que la persona que acude a solicitar ayuda psicológica no llega manifestando como motivo de su consulta la dependencia, sino que normalmente llega presentando síntomas de ansiedad o depresión derivados de una ruptura, de una crisis o de una pelea o acuden ante su infelicidad en la vida, por el miedo a la ruptura de su relación o por el sentimiento de soledad que a veces los embarga; y quienes normalmente acuden son los dependientes estándar, especialmente las mujeres (Sirvent, 2001, Castelló 2006). El tratamiento para este problema no

resulta sencillo debido a que la persona no tiene conciencia de las implicaciones de esto en su relación de pareja, amistad o familiar, por lo que resulta primordial que primero el dependiente tome conciencia de su problema y después lo acepte como tal para que así la persona pueda desarrollar relaciones de forma más independiente. Dadas las implicaciones de la dependencia, el tratamiento psicológico debe ser abordado desde una perspectiva biológica, psicodinámica, interpersonal, afectiva y cognitivo-conductual; es decir, desde una perspectiva integral, donde lo que se busca es encontrar las pautas de las cuales derivan estas actitudes y comportamientos para que así se puedan comprender las causas, y en base a esto la intervención sea destinada a la búsqueda de soluciones y a la modificación de conductas dependientes (Castelló, 2007).

Existen diversas terapias psicológicas que pueden resultar útiles para el tratamiento de la dependencia emocional, sin embargo la terapia breve aporta una perspectiva diferente de abordar el problema ya que se aleja de la terapia tradicional sistémica y familiar proponiendo una menor cantidad de sesiones en las cuales el paciente toma un papel activo en la consecución de los objetivos, es decir en la solución de su problema. Dentro de la terapia breve y su efectividad resaltan dos modelos: el centrado en soluciones y el cognitivo conductual. El primero de estos fue iniciado por Steve de Shazer y su esposa Insoo Kim Berg, en 1980 en el “Brief Family Therapy Center” de Milwaukee, el cual se extendió rápidamente en Estados Unidos y Europa. Dentro de este modelo se considera que es un gran error de la psicoterapia suponer que existe una conexión entre el problema y su solución; más bien se presupone la existencia de recursos, creando una expectativa de cambio en base a ellos. Este proceso de “cambio” debe considerarse como constante e inevitable; de esta manera, la atención del terapeuta se centra en las pequeñas excepciones y su diálogo guiará al consultante a hacer lo mismo (De Shazer, 1995). Las premisas teóricas del modelo son: la teoría general de los sistemas donde el paciente, la familia y la interacción terapeuta – cliente es considerada un sistema, en el constructivismo relacional con la elaboración personal de la realidad así como en la asignación de significados y experiencias a los relatos y en la visión centrada en la solución donde el cliente posee recursos que le son

útiles para resolver el problema (Villanueva, 2007). Por su parte el modelo cognitivo conductual surgió a partir de dos corrientes de la psicología, la cognitiva, y la conductual. En esta última se le restaba importancia a los procesos internos, como los sentimientos y los pensamientos, posteriormente al ser tomados en cuenta y al evidenciarse la fuerte influencia que juegan los procesos de pensamiento en el control de la conducta se formó la Terapia Cognitivo Conductual, la cual cobró fuerzas en los años 80 (Gálvez, 2009). La principal premisa del modelo cognitivo conductual es la retroalimentación constante que se da entre los pensamientos, sentimientos y conductas, donde estos se derivan de la forma en cómo se interpretan los estímulos externos (Serrano, 2001). Aaron Beck (1979) y Albert Ellis (1981) son considerados como los principales representantes del modelo en lo que a la clínica psicológica se refiere. A pesar de que trabajaron de manera independiente, sus intervenciones coinciden en la importancia que juegan los pensamientos sobre las emociones y sobre la conducta.

En cuanto a la literatura y a estudios que combinen los modelos: centrado en soluciones y el cognitivo conductual, existe muy poco, sin embargo podemos rescatar el trabajo hecho por Ramírez y Rodríguez (2012) donde analizaron la combinación de estos en el proceso psicoterapéutico, compararon sus semejanzas en la clínica y proponen una alternativa para equilibrar la utilización de estos dentro del espacio terapéutico; y el de Guterman y Rudes (2005) en donde se presenta la integración de la terapia racional emotiva (TRE) de Ellis y la terapia centrada en soluciones (TCS) de Shazer, para ellos estos dos modelos resultan complementarios y con la integración se logra compensar las debilidades y mejorar sus puntos débiles teniendo como resultado un modelo más amplio.

Para el tratamiento de la dependencia emocional desde la terapia breve combinando los modelos no se han encontrado estudios (bases de datos revisadas hasta el día 17/09/12: Academic OneFile, Academic Search Complete, Annual Reviews, PsycArticles, ScienceDirect- Freedom Collection y Web of Science: Social Science Citation index; y la búsqueda se realizó bajo los criterios emotional dependency, SFBT y CBT). Solo se ha podido encontrar

un estudio desde el modelo cognitivo conductual que aborda el tema de la dependencia, el cual consiste en una intervención cognitivo conductual en un grupo de mujeres con dependencia, este fue realizado por Cubas, Espinoza, Galli y Terrones (2004), donde al finalizar la intervención obtuvieron un aumento en el autoestima y en la asertividad de estas mujeres. Desde lo centrado en soluciones como tratamiento de la dependencia emocional no se ha podido encontrado información ni estudios. Sin embargo hay estudios desde estos dos modelos que abordan otros tipos de dependencia, los cuales pueden resultar útiles para evidenciar la efectividad en otras formas de dependencia. Uno de estos estudios es el de Cordero, Cordero, Natera y Caraveo (2009) sobre la terapia centrada en soluciones y el tratamiento de la dependencia al alcohol, se obtuvieron resultados positivos en los dependientes que buscaban modificar los problemas que presentaban asociados al consumo del alcohol.

El cuanto a lo cognitivo conductual encontramos el trabajo realizado por Sánchez, Tomás, Olmo, Molina y Morales (2002), ellos emplearon este modelo para tratar a dependientes a las drogas, los resultados que obtuvieron muestran una mejoría en la calidad de vida de estos, una disminución en el malestar psicológico y en el consumo de drogas. Bahamón (2010) llevó a cabo una intervención cognitivo conductual en un paciente con ludopatía y encontró que a la tercer semana de la aplicación de técnicas las horas que el paciente dedicaba al juego disminuyeron significativamente y estas mejorías se siguieron observando 4 meses después al hacer el seguimiento con el paciente y la familia.

MÉTODO

Para el proceso terapéutico se utilizó la terapia breve en su integración de dos enfoques: el centrado en soluciones (De Shazer, 1995) y el cognitivo conductual (Beck y Ellis, 2000, 1981).

Participantes

Se contó con dos casos clínicos atendidos dentro de la Maestría en psicología con orientación en terapia breve como parte de la práctica clínica. Ambas pacientes son mujeres y fueron tomadas de la unidad de servicios psicológicos (USP) de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), donde acudieron a pedir ayuda psicológica en distintos tiempo y sin relación entre ellas. Ambas fueron atendidas bajo la modalidad de supervisión en vivo dentro del espacio terapéutico denominado cámara Gesell.

Paciente 1

Ana (seudónimo) es una mujer de 23 años de edad, soltera y sin hijos. Trabaja como recepcionista de una empresa desde hace poco más de un año. Es la segunda de dos hijos, proveniente de un matrimonio fallido el cual finalizó por infidelidad por parte del padre cuando ella tenía 16 años. Mantiene una relación de 6 años con una persona de su edad. Ana solicita la atención por recomendación de su madre y hermano ya que ellos consideran que la relación de pareja que mantiene no es sana, ella accede a ir porque no sabe si quiere seguir con él o no. Ella comenta que la relación de pareja desde su inicio ha sido conflictiva por cuestiones de celos y posesividad de parte de su pareja, pero que últimamente su novio es más posesivo que antes y ahora se ha vuelto agresivo verbalmente, provocando en ella respuestas emocionales como tristeza, ansiedad y pérdida de interés en sus actividades. Algunas respuestas cognitivas como pensamientos de desvalorización y algunas respuestas conductuales como llanto y aislamiento social para evitar problemas y fisiológicos como dolor de cabeza y cansancio. El objetivo terapéutico fue terminar la relación y mantenerse en esa postura, ya que con anterioridad había intentado romper la relación pero al final siempre terminaba por regresar con él. El plan de tratamiento se elaboró para que ella tuviera un papel activo

en la toma del control de su propia vida, en cuanto a decisiones, actividades, metas, etcétera. Asimismo, otro objetivo establecido fue que ella tomara conciencia de la violencia de pareja de la que era víctima, de sus riesgos y elaborara planes de acción, así como para que retomara planes pospuestos o desechados durante la relación. Otro punto a trabajar sería el fortalecimiento de su autoestima.

Paciente 2

Yesenia (seudónimo) es una mujer de 26 años, soltera y sin hijos. Es profesionista pero se encontraba desempleada al acudir a terapia. Es la primera de dos hijas, proviene de un matrimonio fallido el cual se rompe cuando el papa decide que quiere vivir en la playa y la madre no está de acuerdo, esto ocurre cuando ella tenía alrededor de 9 años. Al acudir a terapia estaba reciente la ruptura de una relación de poco más de 6 meses con una persona 5 años mayor que ella. Ella acude a pedir ayuda psicológica como recomendación de su ex pareja, ya que la ruptura se dio de una forma muy problemática y ella resulto afectada no solo emocionalmente sino en su salud ya que contrajo una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Como resultado de esta situación ella experimentaba respuestas emocionales de tristeza que se veían reflejadas en decepción hacia él y hacia ella misma, así como ansiedad al pensar en lo sucedido, respuestas cognitivas como pensamientos de desvalorización y de culpa en torno a lo sucedido, respuestas conductuales como llanto y obediencia hacia su madre como una forma de compensar lo sucedido y respuestas fisiológicas como dolor de cabeza y falta de energía. El objetivo terapéutico fue establecido en torno a ser más independiente de las personas (madre, amigos, futuras parejas, etcétera.). El plan de tratamiento se elaboro para que ella tomara el control de su vida personal, social y económica, así como para mejorar su asertividad y su autoestima.

Procedimiento de acceso a los casos

Se acudió a la unidad de servicios psicológicos (USP) de la Facultad de Psicología de la UANL en los meses de febrero y abril de 2012 para la búsqueda de paciente para la práctica clínica de la maestría en terapia breve. Se seleccionó un folio y se tomaron los datos de la ficha de identificación para

hacer el contacto telefónico con la persona. Al llamarle a las solicitantes se les ofreció un espacio para la atención, se les explicó el tipo de terapia así como la modalidad de esta, a lo que ellas accedieron y se fijó una cita para una primera sesión. También se les hizo mención de se les pediría que firmaran un consentimiento informado respecto al espacio terapéutico de trabajo y al hecho de que las sesiones serían video grabadas para fines didácticos.

Tratamiento

Paciente 1

Sesión 1: se le explicó nuevamente el tipo de enfoque de terapia así como el espacio físico de trabajo (cámara Gesell) y al equipo terapéutico. Posterior a esto se dio inicio a la entrevista con la fase de establecimiento de la relación terapéutica con el fin de identificar recursos personales, después de esta fase se procedió a investigar el motivo de consulta y conocer las respuestas de la paciente en torno a esto, para así poder fijar el objetivo de la terapia, una vez establecido se hizo una evaluación inicial del problema, adicional a esto se le pidió que supusiera que su problema se resolvía mágicamente mientras ella dormía y que cuando despertara que cosas serían diferentes. Ya casi para concluir se hizo una pausa y se pasó con el equipo terapéutico para elaborar el mensaje final y las tareas para su posterior devolución de este con la paciente. Al regresar con la paciente se le dio dicho mensaje y se le dejó una tarea, la cual iba enfocada en las cosas que quisiera conservar y no cambiar, esto con el fin de tener más claro el objetivo.

Sesión 2: esta dio inicio con la búsqueda de las cosas que habían ido bien desde la cita pasada a la actual, al elicitar la mejoría se amplió y se indagó más sobre lo que ella consiguió. Después de esto se le preguntó sobre las tareas, es decir, lo que quería conservar para así clarificar más el objetivo terapéutico; y de acuerdo a la información proporcionada por ella se le ofrecieron dos posibilidades entre terminar la relación o mejorarla a lo que ella eligió la primera. Antes de pasar con el equipo se le pidió nuevamente que evaluara la problemática. Ya con el equipo se elaboró el mensaje final, la tarea y se pasó nuevamente con ella y se le devolvió a modo de elogios.

Sesión 3: nuevamente se comenzó explorando sobre las mejorías, encontrando que ya había puesto fin a la relación, por lo que se indagó sobre

las cosas que estaba haciendo ahora que tomo esa decisión, como se sentía y que pensaba. Se retomó el tema de la violencia verbal que se presentó en la relación, lo cual arrojó que también había violencia económica y que existía riesgo de que pudiera darse violencia física (tomando en cuenta la personalidad de él y su historia de violencia en su familia de origen). Con base en lo anterior se hizo la escala de miedo percibido sobre que él pudiera agredirla y sobre la posibilidad de ser víctima de una agresión, aunado a esto se le pidió como tarea que elaborara un plan de acción en caso de que se diera una situación violenta.

Sesión 4: No hubo una cuarta sesión ya que cancelo y pidió su baja del tratamiento. Sin embargo, la planeación de esa sesión tenía una base psicoeducativa ya que se pretendía revisar el ciclo de la violencia y medir en su situación el tipo de violencia que sufrió, así como elaborar planes de acción.

Paciente 2

Sesión 1: inicialmente se le explicó el tipo de enfoque de terapia bajo el cual se trabajaría así como el espacio físico de trabajo (cámara Gesell) y al equipo terapéutico. Posterior a esto se inició con la fase de establecimiento de la relación terapéutica para la identificación recursos personales, después de esta fase se comenzó a indagar sobre el motivo de consulta y conocer las respuestas de la paciente en torno a esto, para así poder ir fijando el objetivo de la terapia, también se hizo una evaluación inicial del problema, casi para finalizar se le pidió que supusiera que su problema se resolvía mágicamente mientras ella dormía y que cuando despertara que cosas serían diferentes. Se hizo una pausa y se paso con el equipo terapéutico para elaborar el mensaje final y las tareas. Al regresar con la paciente se le dio el mensaje y se le dejó una tarea, la cual iba enfocada en las cosas que quisiera conservar y no cambiar, esto con el fin de tener más claro el objetivo.

Sesión 2: Se hizo un rastreo de mejorías a lo que la paciente contesto con dos sucesos en los que ella había sentido que estaba mejor. También en esta sesión se prosiguió nuevamente con el establecimiento de objetivos debido a que en la primera sesión no se llegó a un acuerdo sobre estos, porque la paciente no lograba aclarar que era lo que le gustaría trabajar, por lo que a través de una serie de preguntas se le fue orientando hasta que ella pudo

estructurar el objetivo por sí misma y en base a este es que se dejó una primera tarea una vez que se dio el mensaje del equipo.

Sesión 3: No hubo una tercera sesión debido a que la paciente abandonó la terapia. Sin embargo el plan de trabajo para esta sesión iba encaminado a revisar mejoras en cuanto a la tarea ya que esta era un punto clave para poder evaluar la dificultad o facilidad para la consecución del objetivo.

RESULTADOS

De las intervenciones que se hicieron se pueden rescatar ciertos aspectos con el fin de ser analizados más adelante para ver cuáles características de personalidad, de vida, familiar y de pareja compartían ambas pacientes que las hizo vulnerables a estar en relaciones dependientes. Asimismo, este análisis permitirá evaluar la intervención breve que se hizo con ambas pacientes con la intención de detectar errores y aciertos en esta.

En cuanto a las mejorías en las pacientes y en los avances en objetivos encontramos que la paciente Ana tomó la iniciativa de terminar la relación y se estaba manteniendo en esa decisión, por lo que el objetivo se estaba alcanzando. Las mejorías se veían reflejadas en planes pospuestos que había decidido retomar y estaba comenzando a idear nuevos planes, también estaba dedicando más tiempo a su familia y amigos. Se sentía menos presionada y con libertad de hacer y expresar lo que ella quería. En la paciente Yesenia se consiguió que ella fuera quien formulara su propio objetivo de trabajo para la terapia, ya que en un inicio no percibía algún problema y delegaba la decisión del objetivo al terapeuta y al equipo. Dicho objetivo resultó congruente con lo que el equipo y el terapeuta pensaban. Otra mejoría fue que al conocer a hombres interesados en ella, estaba siendo capaz de decir no al argumentar razones no viables para aquello que le proponían, sino se encontraba interesada en dicha persona.

Resulta primordial destacar que ambas intervenciones psicológicas no llegaron a su fin debido a que las pacientes de forma voluntaria y personal pidieron su baja, abandonando así el tratamiento psicológico y quedando trunco el plan de tratamiento y la posibilidad de aplicar algún instrumento. Sin embargo, con las intervenciones realizadas, con la información que se obtuvo de ellas en el desarrollo de las sesiones y con la información teórica con la que se cuenta, es que se puede hacer un análisis comparativo de ambas pacientes en cuanto a diversos criterios con la finalidad de identificar si ellas comparten ciertas características de personalidad, de vida y de relación que permita

ubicarlas dentro de la dependencia emocional. Estos criterios a comparar serán mostrados dentro del tabla 1.

ASPECTOS A COMPARAR	PACIENTES	
	Ana	Yesenia
Posición asumida (rol) en la familia	Hija parental, cuando el padre se va con otra persona, ella es la encargada de sacar de la depresión a mamá y hermano, así como un sostén en la economía familiar. Padre distante a la hora de relacionarse.	Hija parental, cuando se da la separación, ella se convierte en “padre” y se encarga de arreglos de casa, es soporte de madre y posteriormente también se vuelve sostén económico. Padre ausente en la relación familiar.
Características de personalidad de la paciente	Sumisa, poco asertiva, introvertida, baja autoestima, confiada, dócil, dificultad para iniciar cosas, falta de autoconfianza	Sumisa, poco asertiva, introvertida, baja autoestima, manipulable, dócil, antepone a otros antes que a ella, sacrificio en exceso
Tipo de carencias en la infancia	Afectivas por parte de padre y económicas	Afectivas por parte de padre y económicas
Motivo de consulta	Relación de pareja conflictiva	Ruptura conflictiva de relación de pareja
Establecimiento de objetivo de trabajo	Dificultad en la concretización de este	Quería que la psicóloga y equipo decidieran que necesitaba trabajar
Objetivo de terapia	Mantenerse firme en la decisión de terminar la relación	Ser más independiente de familia, amigos, futuras parejas, etcétera.
Evaluación inicial del problema	7 en la escala	8 en la escala

Tipo de pareja	Dominante, desconfiado, celoso, hostil, violento	Controlador, narcisista, busca solo su satisfacción, mentiroso
Motivo de ruptura de la relación	Celos excesivos y por constantes peleas que terminaban en agresiones verbales	Infidelidad de parte de él, mentiras y por contagio de una enfermedad de transmisión sexual
Resultado de la terapia	Abandono de la terapia. Solo asistió a 3 sesiones	Abandono de la terapia. Solo asistió a 2 sesiones
Motivo de baja	Pidió la baja alegando sentirse mejor y que con las sesiones que tuvo fue suficiente para cambiar varias cosas	Pidió la baja ya que se sentía mejor y como se iba a ir de viaje por tiempo se le complicaba seguir asistiendo
Momento de la terapia donde se abandona el tratamiento	Cuando se le confrontó con la posibilidad latente de que su pareja pudiera agredirla físicamente	Cuando se le pidió que diera un pequeño paso para ser un poco más independiente (dándole como posibilidad no dormir con la mamá)
Evaluación del problema en la última sesión	9	9
Seguimiento a 9 meses después de solicitada la baja por ambas pacientes	Considera que las cosas están en un 9 ya que todo se resolvió y las cosas han estado bien respecto a lo que la llevo a terapia. Ahora dice sentirse con más confianza en sí misma y que puede enfrentar mejor los problemas	En la actualidad ubica las cosas en un 10, donde se resolvió por completo el problema. Todo ha estado bien desde que dejó la terapia y comento que mejoro su situación familiar y personal.

Tabla 1. Comparación de las características de las pacientes y sus aspectos en común

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presentación del análisis y la discusión de resultados está dividida en dos partes, en la primera de ellas se abordaran aspectos propios de las pacientes, es decir, su personalidad, sus historias de vida, de pareja, etcétera, y en la segunda parte se abordaran los aspectos de la terapia y la intervención hecha con ambas así como las mejorías manifestadas durante la breve intervención.

En la primera parte, al hacer la comparación entre ambas pacientes encontramos varias similitudes, por ejemplo: ambas son mujeres jóvenes en edad adulta, que aun viven con su familia de origen (mamá y hermana, mamá y hermano), solventan sus gastos y aportan a la economía familiar. Físicamente son atractivas, visten de una manera formal y se conducen de forma correcta y educada. Además, provienen de una familia donde papá no estuvo presente, ya que fueron quienes tomaron la decisión de separarse de la familia, y debido a esto y a las circunstancias en las que se dio la separación, ellas asumieron el lugar dejado por el padre, convirtiéndose así en lo que Minuchin (2004) llama “hijos parentales”. Cuyo papel de las pacientes no solo fue el de sustituir ese vacío, sino que asumieron las funciones correspondientes a ese rol y sirvieron de soporte emocional para el resto de su familia. También como consecuencia de esa ruptura se dio un alejamiento del padre lo que provocó una carencia afectiva en las pacientes, ya que no contaron con el padre cariñoso, constante ni proveedor de seguridad que querían y necesitaban y esto llegó a influir a la hora de relacionarse con los hombres. Las relaciones que ellas tuvieron fueron con hombres que de acuerdo a Norwood (2011) resultan “emocionalmente inaccesibles” a los que ellas intentaban cambiar a través de la demostración de afecto, cariño, lealtad y al esforzarse por complacerlos. Lo cual a su vez también provoca que se dé un apego hacia esas parejas ya que como comenta Castillo (2008) despierta en ellas la sensación de seguridad y protección que les hizo falta, por lo que para evitar perder a estas parejas, que las abandonen o las rechacen y por ende esa seguridad, se comprometen con esa relación de una manera que resulta disfuncional. Esto también resulta más sencillo cuando se conjuntan factores como baja autoestima, inmadurez emocional, sumisión, control excesivo, etcétera., que en el caso de las pacientes eran rasgos

presentes en su personalidad y en su modo de vivir, lo cual las hizo más vulnerables a engancharse con parejas inadecuadas, y que de acuerdo a Castelló (2012) las lleva a priorizar su relación sobre todo dejando de lado sus intereses, familia, amigos, trabajo y en algunos casos su seguridad física, y que en el caso de las pacientes esto era una característica, ya que no solo habían dejado de lado sus vidas y a personas significativas sino que una de ellas corría riesgo de sufrir una agresión física y la otra estaba en espera del resultado medico para corroborar una enfermedad de transmisión sexual, comprometiendo así ambas su seguridad e integridad física. Estas situaciones de riesgo resultan características en relaciones donde la dependencia emocional está presente, pudiendo así derivar en abuso emocional y físico, no solo por la sumisión de ellas hacia su pareja o por el miedo a la perdida, sino por la asimetría de la relación y por el tipo de pareja que eligen, ya que en algunos casos resultan ser ellos dependientes dominantes (Castelló, 2006) y su comportamiento resulta de normas machistas, de una actitud dominante, de control, de enojo, de celos, etcétera, los cuales eran rasgos presentes en las conductas de las parejas de las pacientes dentro de la relación de pareja.

Por otro lado, en cuanto a la segunda parte, al hablar de la terapia primero nos dirigiremos al motivo de consulta, que como ya se comento en la introducción, no acuden por la dependencia emocional, sino bajo la consecuencia de uno o más efectos de esta. Ambas acudieron bajo una crisis en la relación (peleas e infidelidad) donde una se cuestionaba el terminar la relación y la otra ya la había concluido, y al ubicarlas dentro de las fases de las relaciones de los dependientes (De Vincenzo, 2011) tenemos que, una se encontraba en una fase de deterioro de la relación, donde había estrés, malos tratos y tristeza y la otra ya se encontraba en la fase de ruptura donde había cansancio y fatiga hacia la pareja. Estas fases las hace altamente vulnerables y se puede observar que sus parejas siguen formando parte importante de sus vida en al menos algún aspecto de esta, al generar confusión, sumisión y culpabilidad en ellas, que de acuerdo a las doctoras Madariaga y Abadi (2000) es un efecto del abuso emocional, que en ellas fue tanto agresivo (insultos) como pasivo (manipulación) que vivieron en la relación de pareja. Uno de los aspectos que resulta clave en la terapia breve es la formulación de objetivos,

los cuales fueron difíciles de establecer porque las pacientes sabían que las cosas no estaban bien, eran capaces de ver y reconocer lo que estaba mal pero no conseguían identificar con claridad en quien estaba, ya que oscilaban entre culparse ellas y culparlos a ellos, para finalmente asumir en ellas la causa del problema, esto debido a la racionalización que hacían del comportamiento de sus parejas, ya que resultaba más aceptable y menos atemorizante darle un nombre diferente (Forward, 2010). Una respuesta que también resultó interesante fue el número con el que valoraron el problema, ya que este resultó elevado (7 y 8) considerando la situación que las llevó a solicitar terapia, una explicación a esto es la que aporta Forward (2010) en la cual plantea que la esperanza y la fantasía de que la situación cambie y más específicamente que ellos cambien es lo que las mantiene unidas a la relación y el no verla “tan mal” obedece a la ambivalencia de ellos respecto a la forma de tratarlas, de la esperanza que mejore y de la racionalización que hacen en la relación para verla como normal. Otro aspecto relevante de la terapia fue el abandono de esta por parte de las pacientes, el cual se dio a las pocas sesiones y se dio en el momento donde se les confrontó con la realidad y en donde ellas debían confrontar la situación y empezar a hacer algo, por lo que este abandono puede verse como una reacción de miedo ante la pérdida de “seguridad” o como la consecuencia de esquemas mal adaptativos, que de acuerdo a Castillo (2008) son el resultado de los pensamientos negativos que tiene la persona respecto a sí misma. En este caso, el esquema que correspondería es el que esta autora denomina esquema de comodidad/evitación el cual en palabras de ella “...se basa en el dicho de “más vale lo malo conocido, que lo bueno por conocer...” (pp. 33). Por lo que por el miedo al cambio y a enfrentar una nueva situación, las llevara a negar el problema, autoengañarse y por ende a evitar cualquier tipo de confrontación que implique cambio.

A pesar del abandono y de las dificultades que se tuvieron en las sesiones resulta importante destacar que si se presentaron mejorías y avances en los objetivos. Ana había terminado la relación y a diferencia de otras ocasiones ya llevaba dos semanas manteniéndose en esa decisión, estaba dedicando más tiempo a su familia y amigos sin sentir la presión de su ex pareja ni sentir miedo por lo que él iba a decir. Mencionaba que tenía una

sensación de libertad en donde podía ser ella con ella misma y las demás personas. En cuanto a Yesenia, ella fue la que formuló su propio objetivo terapéutico introduciendo en él la palabra dependencia. Asimismo dio los primeros pasos para la congruencia en cuanto lo que no quería y hacia, ya que antes aunque no quisiera hacer algo no sabía expresarlo y terminaba por ceder. Una parte importante de la planeación terapéutica estaba en la búsqueda de excepciones la cual fue pensada como una estrategia para volver a focalizar la atención de ellas en ellas con el objetivo de que la atención ya no esté en el objeto sino en ellas mismas como personas con el fin de irles atribuyendo el control de su propia vida y de sus propias decisiones, y de esta manera al ser ellas responsables no solo de sus vidas sino de los cambios conseguidos aumente su seguridad y confianza sesión a sesión, esta atribución de control es una pieza importante de la terapia centrada en soluciones ya que con esto se busca que las personas vean sus avances como algo que ellos hicieron, pensaron o sintieron y que por ende eso está en algo que ellos ya poseen (Rodríguez & Beyebach, 1994). Este cambio en la focalización permitirá que tomen conciencia de sus actos, de la interpretación que están haciendo de las situaciones y de las creencias que las llevan a actuar de determinada manera, lo cual es clave en la terapia cognitivo conductual, ya que al trabajar con las distorsiones cognitivas que influyen en los pensamientos y en el estado de ánimo podrán tener una evaluación más real que llevara a modificar no solo su sistema de creencias, sino que su estado de ánimo y sus emociones se verían beneficiadas, produciendo así una mejoría en el comportamiento (Beck, 2000), lo que finalmente llevaría a una transformación más duradera que serviría de vinculo para la conexión consigo mismas que las llevaría a vivir sin responsabilizarse por otros o vivir a través de otros.

A los 9 meses que se dio el abandono de la terapia por parte de las pacientes se les hizo una llamada de seguimiento para saber cómo estaba la situación que las llevo a terapia. Ana continúa ubicándose en un 9, que para ella significa que las cosas se resolvieron en su totalidad, que todo ha estado bien y que la terapia le resulto muy útil para aumentar su confianza y para poder enfrentar mejor los problemas. En el caso de Yesenia ella sitúa las cosas en un 10 donde todo continua resuelto, donde no han surgido problemas

relacionados con lo que la llevo a terapia y que esta le sirvió para mejorar su situación familiar y personal. Respecto al resultado de las llamadas de seguimiento podemos decir que existe consistencia entre los resultados que se mostraron en la terapia y los que de acuerdo a ellas continúan manteniéndose, sin embargo, al no tener más información no podemos conocer el alcance de los cambios en cada caso, ni que tan reales son.

Posiblemente la mayor limitante de la intervención y de un análisis más profundo de los casos se debe al abandono de las pacientes, ya que no se pudo continuar con la terapia, ni con el plan de trabajo, ni con la aplicación de algún instrumento para así poder evaluar el resultado final de dicha intervención, sin embargo consideramos que con la información que se obtuvo de las pacientes, con los datos arrojados en las sesiones y con el seguimiento que se llevo a cabo, si podemos evaluar la efectividad de la conjunción de los enfoques ya que ambas pacientes aumentaron en la escala entre sesiones y se pudieron apreciar avances en los objetivos a través de sus conductas, pensamientos y sobre las cosas que empezaron hacer diferentes, además el perfil de las pacientes, el abandono y el seguimiento nos ayudan a hacer un pronóstico en cuanto la situación que las llevo a la terapia, el cual puede ser que si continúan haciendo cosas diferentes a las que normalmente hacían en sus relaciones y continúan priorizándose ellas es probable que puedan encontrar otra forma de relacionarse o de buscar relaciones.

CONCLUSIONES

Al hablar de normalidad en las relaciones afectivas podemos situar a la autonomía emocional como un punto intermedio y sano entre la desvinculación afectiva y la dependencia emocional, un punto donde la persona es capaz de pensar, sentir y tomar decisiones por ella misma donde la responsabilidad es la clave para esa autonomía, donde la persona se siente cómoda y segura con ella misma y con esto sea capaz de establecer relaciones afectivas saludables, donde se tome y asuma una posición no de entrega sino de compartir para que de esta manera no haya desigualdad en la relación.

Finalmente, en cuanto al tratamiento psicológico en personas con dependencia emocional desde la combinación de los enfoques centrado en soluciones y cognitivo conductual nuestras recomendaciones para la intervención van enfocadas a reconocer y marcar los recursos internos con los que cuentan las propias personas, a romper vínculos violentos o de riesgo en las relaciones, a salir de la posición de sumisión para asumir un rol más activo y seguro, para así evitar repetir el mismo patrón en otra relación y a fijar objetivos personales por los cuales ellas puedan luchar. Todo esto con la finalidad de ofrecerles la posibilidad de que pueden establecer una relación afectiva en la que se vea al otro de una forma igualitaria para que de esta manera sea más sostenible a nivel emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bahamón, M. J. (2010). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ludopatía. **Revista electrónica Iztacala** 3(4) 19-38
- Beck, A. (1979). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International universities Press
- Beck, J. (2000). **Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización**. Barcelona: Gedisa.
- Bornstein, R. F. y Languirand, M.A. (2002). Test de perfil relacional (RPT)
- Bowlby, J. (1986). **Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida**. Madrid: Morata ediciones
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto “dependencia emocional”. Presentado en el I congreso virtual de psiquiatría.
- Castelló, J. (2005). **Dependencia emocional: características y tratamiento**. Madrid: Alianza editorial.
- Castello, J. (2006). *Dependencia emocional y violencia doméstica*. **Revista futuros. 4** (14) 1-9
- Castelló, J. (2006). Clínica de las dependencias afectivas. Presentado en el I encuentro profesional sobre dependencias sentimentales. Madrid, España.
- Castelló, J. (2007). Tratamiento de la dependencia emocional en la mujer. Presentado en el II symposium nacional sobre adicción en la mujer. Madrid, España.

- Castelló, J. (2012). La superación de la dependencia emocional. España: Ediciones Corona Borealis
- Castillo, A. (2008). Dependencias emocionales: definición, tipos, perfil, diagnóstico y tratamiento. Tesis de la Escuela Española de desarrollo transpersonal
- Cid, A. K. (2009) La dependencia emocional: una visión integradora. Tesis de la Escuela Española de desarrollo transpersonal
- Congost, S. (2011). Manual de dependencia emocional afectiva.
- Cordero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones: una opción para el tratamiento de la dependencia al alcohol. *Salud Mental* 32 (3) 223-230
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. y Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia emocional afectiva. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan* 5 (2) 81-90
- De Shazer, S. (1995). **Claves para solución en Terapia Breve**. Barcelona, Paidós.
- De Vincenzo, T. (2011). Dependencia emocional: necesidad de amar. *Revistas + salud* (44) 54-59
- Ellis, A. (1981). **Manual de terapia racional emotiva**. Bilbao: Brouwer
- Forward, S. (2010). **Cuando el amor es odio**. México: De bolsillo
- Gálvez, J.J. (2009). Revisión de Evidencias Científicas de la Terapia Cognitivo Conductual. *Medicina Naturista* 3(1), 10-16.

- Guterman, J. T. y Rudes, J. (2005). A solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: toward a theoretical integration. ***Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*** 23 (3) 223- 244
- Hirschfeld, M.A., Klerman, G.L., Harrison, G. G., Barrett, J., Korchin. S. J. y Chodoff, P. (1977). Inventario de la dependencia interpersonal (IDI).
- Lemos, M. y Londoño, N. H. (2006). Cuestionario de dependencia emocional (CDE)
- Lemos, M., Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. ***Acta Colombiana de Psicología*** 9 (2) 127-140
- Madariaga, M. R. y Abadi, S. (2000). Abuso emocional en la pareja, un enfoque interdisciplinario. ***Revista de Psicoanálisis*** Vol. Internacional (7) 9-25
- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia: ¿Cómo llenar un vacío existencial?. ***Revista de psicoterapia*** 17 (68) 56-87
- Massa, J. F., Pat, Y. M., Keb, R. A., Canto, M. V. y Chan, N. (2011). La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. ***Revista electrónica de psicología Iztacala*** 14 (3) 176-193
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. México: Gedisa
- Moral, M.V y Sirvent C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. ***Revista española de drogodependencias*** 33(2) 150-167
- Moral, M.A. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. ***Revista interamericana de psicología*** 43(2) 230-240

- Moral, M. V., Sirvent, C. y Blanco, P. (2012). Autoengaño en adicciones y dependientes emocionales. Presentado en el XIII congreso virtual de psiquiatría
- Norwood, R. (2011). **Las mujeres que aman demasiado**. Barcelona: zeta bolsillo
- Rodríguez, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve. Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.): **Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones**. Valencia Promolibro.
- Sánchez, E., Tomás, V., Olmo, R., Molina, N. y Morales, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en dependientes a drogas. **Revista de la asociación española de neuropsiquiatría** 22 (81) 21-29.
- Serrano, M. (2001). Algunas Consideraciones Históricas en torno de la Terapia Cognitivo Conductual: ¿Sincretismo? **Revista Electrónica de Psicología Iztacala** 4(1)
- Sirvent, C. (2001). Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia. Presentado en el I symposium nacional de adicción en la mujer. Madrid, España.
- Sirvent, C. y Villa, M. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. Presentado en el 8vo congreso de psiquiatría
- Villanueva, L. (2007). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. **Revista de psicología** 9 121-125
- Villegas, M. (2006). Amor y dependencia en las relaciones de pareja. **Revista de psicoterapia**. 17 (68) 5-64