

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
EN UN CASO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

Erika Marcela Ramos Bustos

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
BUCARAMANGA

2014

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO  
EN UN CASO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

Erika Marcela Ramos Bustos

Asesora

Amparo Durán Mosquera

Psicóloga

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

BUCARAMANGA

2014

NOTA DE ACEPTACION: \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DEL JURADO: \_\_\_\_\_

JURADO 1: \_\_\_\_\_

## Dedicatoria

Este trabajo está dedicado principalmente a PI, la protagonista de este caso, quien accedió a compartir su vivencia, y que esta fuera parte de un proceso de aprendizaje tanto personal como profesional.

El poder realizar esta intervención permitió no sólo fortalecer y potencializar los conocimientos técnicos que la psicología proporciona, sino también facilitó un acercamiento desde lo humano, entendiendo y respetando al otro; pudiendo a nivel personal despertar esa sensibilidad humana tan necesaria para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de quien acude a consulta.

Por otra parte dedico este trabajo a mi asesora, la Doctora Amparo Durán Mosquera, quien con su orientación profesional y personal contribuyó en la consecución de un satisfactorio proceso terapéutico.

Y por último, pero no menos importante, al Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana, por facilitar el espacio de aprendizaje.

## Tabla de Contenido

	Página
Resumen	7
1. Introducción	9
2. Marco Teórico	
2.1 Dependencia emocional	12
2.2 Terapia Cognitiva	21
2.3 Objetivo General	35
2.1 Objetivos Específicos	35
3. Metodología	
3.1 Método	36
3.2 Participante	36
3.3 Instrumentos de evaluación	40
3.4 Técnicas de intervención	43
3.5 Procedimiento	44
4. Resultados	45
5. Discusión	72
6. Referencias	77
7. Anexos	82

## Índice de anexos

	Página
Anexo 1. Consentimiento informado CPS	81
Anexo 2. Consentimiento informado estudio de caso	82
Anexo 3. Formato historia clínica CPS	83
Anexo 4. Historia personal de la paciente	86
Anexo 5. Formato Cuestionario de Esquemas de Young	89
Anexo 6. Formato Inventario de Pensamientos Automáticos	91
Anexo 7. Formato de Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck	92
Anexo 8. Proceso terapéutico	94

## RESUMEN

### **TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO EN UN CASO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL**

AUTORA: Erika Marcela Ramos Bustos

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTORA: Amparo Durán Mosquera

## RESUMEN

El presente estudio de caso muestra desde la terapia cognitiva el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales relacionados a una dependencia emocional, y la sustitución de éstos por patrones racionales y adaptativos, en una paciente consultante del Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la UPB. Los esquemas desadaptativos, las creencias y las distorsiones cognitivas identificadas en el perfil cognitivo de la paciente, se sometieron a una contrastación con la realidad dando como resultado que la paciente lograra modificar creencias acerca del amor, de los otros y de sí misma, pudiendo expresar lo que siente y piense sin temor de ser rechazada por su pareja o los demás, desligándose así del rol de subordinación el cual había adoptado.

Palabras Claves: Dependencia emocional, terapia cognitiva, esquemas, creencias, distorsiones cognitivas

**ABSTRACT****TITLE: PSYCHOLOGICAL APPROACH FROM COGNITIVE INTERVENTION IN A  
CASE OF EMOTIONAL DEPENDENCY**

**AUTHOR:** Erika Marcela Ramos Bustos

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Amparo Duran Mosquera

**ABSTRACT**

This case study shows from cognitive therapy analysis and modification of dysfunctional thinking patterns related to emotional dependency, and the replacement of these by rational and adaptive, patterns in a patient consultant for Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la UPB. The maladaptive patterns, beliefs and cognitive distortions identified in the patient's cognitive profile, they were subjected to a comparison with reality resulting in that the patient could potentially modify beliefs about love, of others and of itself, being able to express what you feel and think without fear of being rejected by your partner or others, separating as well the role of subordination which had adopted.

**Key Words:** Emotional dependency, cognitive therapy, schema, beliefs, cognitive distortions



## **Introducción**

El Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, es un espacio creado desde agosto del 2006, con el fin de desarrollar diversos proyectos sociales en el municipio de Piedecuesta, y de esta manera como se menciona en la página virtual del CPS, “retribuirle a la comunidad Piedecuestana en servicio el haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los profesionales”. Aunque el objetivo principal fue la realización de proyectos, para el año 2007 se abrió el portafolio de servicios, y se estableció convenio con los diferentes colegios del municipio, buscando así contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad estudiantil. Igualmente, se fue ampliando la cobertura y servicios, llegando a toda la comunidad con la atención en las áreas de psicología y derecho principalmente.

Es así como a la fecha el CPS se ha convertido en un espacio en el que estudiantes de algunas facultades de la UPB (Psicología, Derecho, Comunicación social, Ingeniería industrial e Ingeniería civil), se aproximan a las diversas problemáticas de la comunidad, sensibilizándose sobre el ejercicio de su profesión con sentido social y calidad humana.

Desde la facultad de psicología, el trabajo que se realiza en el CPS con estudiantes en práctica tanto de pregrado como posgrado, se enfoca principalmente hacia el servicio de atención psicológica a nivel individual, familiar, terapia de pareja, entre otras, a personas que tienen dificultades para acceder a este, por lo que se le brinda la posibilidad tanto a los estudiantes en convenio, como la comunidad en general de acudir a psicología a muy bajo costo.

En cuanto a las características de la población que acude a los servicios de psicología, debido al convenio con las instituciones educativas públicas, los niños, niñas y adolescentes son el principal grupo poblacional que se atiende en consultas, seguido de personas mayores.

En el caso personal de la práctica realizada para la especialización en psicología clínica, del total de paciente que se atendieron que fueron 13, 6 corresponden a niños y adolescentes entre los 7 y 15 años, 2 a adultos jóvenes entre los 18 y 21 años y 5 a adultos entre los 40 y 50 años de edad. Debido a estos índices las principales problemáticas están relacionadas a dificultades académicas y de disciplina de los niños, niñas y adolescentes en el colegio, dificultades en el aprendizaje, seguido de trastornos del estado de ánimo y personalidad en la población adulta.

Como se menciona anteriormente, dado el tipo de problemáticas que se atienden se opta por hacer las intervenciones en el proceso de práctica de especialización, desde el enfoque cognitivo, debido a la alta eficiencia y efectividad en los procesos de intervención y la confiabilidad científica del mismo, principalmente en las problemáticas más frecuentes en el CPS. Según Clark (1995) citado por Caro (1999) la terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las variables defectuosas en el procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos. De esta manera, se intenta garantizar a los consultantes, en un tiempo determinado mejorar su calidad de vida.

Ahora bien, del total de casos atendidos en esta práctica, 6 concluyeron en la fase de evaluación, ya que en su mayoría acudían solicitando certificados o valoraciones psicológicas para presentar en diversas entidades como el Ejército, la Fiscalía e Instituciones educativas. De los pacientes restantes, gran parte abandonaron el proceso entre la sexta y novena consulta. Sólo un caso que es al cual se le realizó el estudio de caso que presenta en el siguiente documento, se pudo realizar el proceso terapéutico completo. La principal razón por la que las personas abandonan antes de terminar los procesos terapéuticos, es la falta de dinero para cancelar las consultas.

El caso al cual se realizó el proceso terapéutico cumpliendo con todas las fases, corresponde a una señora de 48 años, en una relación sentimental de año y medio, quien acude solicitando

ayuda para el manejo de la angustia o preocupación que le genera el sentirse sola o distanciada de su pareja. Esta paciente se diagnosticó con dependencia emocional debido al componente cognitivo, afectivo y conductual que caracterizaba su actuar, enfatizando el trabajo terapéutico en el componente cognitivo, ya que debido a ciertas cogniciones erróneas que la llevaban a valorar ciertos acontecimientos de manera no acorde a la realidad, presentaba los síntomas de malestar a nivel afectivo y conductual que manifestaba.

A continuación, se hará una descripción más detallada de la patología y los supuestos teóricos que sustentan la terapia cognitiva, ejes centrales del presente estudio de caso.

## **Marco Teórico**

### *Dependencia emocional*

Se considera como dependencia sentimental o emocional al trastorno relacional en el que existe un comportamiento adictivo hacia la relación interpersonal o de pareja, la cual se caracteriza por una asimetría de rol y una actitud dependiente de la figura a quien se depende (Moral, M., y Sirvent, C. 2009). En otras palabras, se diría que la dependencia emocional según lo refiere, Peelé, (1985) citado por Moral, M., y Sirvent, C. (2009) es un patrón crónico de demandas afectivas las cuales al no ser satisfechas, se busca desesperadamente ser compensadas a través de relaciones interpersonales de apego patológico, en la cual se resalta una naturaleza adictiva. En relación con lo anterior, Castelló (2000) define la dependencia emocional como la necesidad extrema de tipo afectivo que una persona siente hacia quien es su pareja sentimental.

Este estilo relacional dependiente se caracteriza de acuerdo con Lemos, Jaller, Gonzales, Diaz y De la Ossa (2012) como un “patrón que involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales orientados al otro como fuente de satisfacción y seguridad personal, que implica creencias erróneas acerca del amor, de la vida en pareja y de sí mismo” (p. 396).

Así mismo, Moral, (2006, 2007); Moral y Sirvent, (2008); Sirvent, (2000, 2004, 2006); Sirvent y Moral, (2007), proponen que este tipo de trastorno relacional se define desde tres componentes: adictofílicos, vinculares y cognitivo-afectivos. A nivel adictofílico asemejando al dependiente a un adicto convencional, la dependencia se caracteriza como una necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental, vacío emocional, craving o anhelo intenso de la pareja, síntomas de abstinencia en su ausencia, búsqueda de sensaciones. A nivel vincular considerado como lo patológico de la relación, se destaca un apego invalidante con menoscabo de la propia

autonomía, rol ejercido -subordinado o antidependiente, sobrecontrol, pseudoaltruismo, orientación rescatadora, juegos de poder –y estilo relacional -acomodación al status patológico- y por último, en cuanto a la dimensión cognitiva-afectiva (psicopatología asociada) se encuentran mecanismos de negación y autoengaño, sentimientos negativos- inescapabilidad emocional, abandono, culpa- e integridad del yo: asertividad, límites, egoísmo.

Debido a los múltiples componentes que involucra una dependencia emocional es que su evaluación debe considerar diversos factores en los que se tenga en cuenta tanto la relación de pareja como el área personal. De esta manera Moral, M., y Sirvent, C. (2009) consideran los siguientes indicadores para evaluar la dependencia sentimental, (entendida esta por el autor como dependencias relacionales genuinas-dependencia afectiva o emocional, adicción al amor, dependencias atípicas): (a) la avidez con la que precisa disponer de la presencia del otro del que se experimenta un enganche emocional por muy frustrante que sea la relación; (b) la necesidad de la aprobación de los demás y una preocupación excesiva por agradar a la persona de la que se depende; (c) la recreación de sentimientos negativos e inescapabilidad emocional; (d) el asimétrico intercambio recíproco de afecto asociado a un persistente vacío emocional; (e) manifestaciones de abstinencia (sufrimiento devastador caso de ruptura o ausencia) y craving (anhelo de estar en pareja), indicativas del carácter toxicofílico del vínculo; (f) la manifestación de antecedentes personales indicativos de ciertas carencias afectivas en la infancia o apegos ansiosos junto a posibilidades de haber sufrido maltrato emocional y/o físico; (g) el fantaseo excesivo al comienzo de la relación que les suma en un estado de euforia cuando la empiezan y de idealización excesiva de sus parejas; (h) sentimientos de desvalimiento emocional y un estado de ánimo medio disfórico con oscilaciones en función de la propia evolución de su situación interpersonal; y, entre otros indicadores básicos como criterios patognomónicos de primer orden, (i) la adopción de posiciones

subordinadas en las relaciones, asociado a una progresiva auto anulación personal, una empobrecida autoestima y auto concepto negativo.

De igual manera, Moral, M., y Sirvent, C. (2009) destacan en las dependencias afectivas características como: (a) la posesividad y el desgaste energético psicofísico intenso; (b) la incapacidad para romper ataduras; (c) el amor condicional (dar para recibir); (d) la pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro); (e) el desarrollo de un locus de control externo; (f) la elaboración de una escasa o parcial del problema; (g) la voracidad de cariño/amor; (h) la antidependencia o hiperdependencia del compromiso y, finalmente; (i) la experimentación de desajustes afectivos en forma de sentimientos negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono).

Por otra parte, en cuanto al perfil del objeto de elección, buscan que la pareja tenga una posición dominante dentro de la relación, caracterizadas por ser manipuladoras, explotadoras, narcisistas, con una fuerte autoestima, son individuos muy seguros de sí mismo que creen tener privilegios y habilidades fuera de lo común, que genera sobre los dependientes afectivos un estado de fascinación (Moral, M., y Sirvent, C. 2009)

De lo expuesto anteriormente, se identifica que las personas afectivamente dependientes son vulnerables a nivel emocional, con una “ceguera” hacia la otra persona originada principalmente por el conjunto de creencias e ideas que maneja respecto al amor, la relación de pareja y de sí mismos, las cuales se convierten en distorsiones a nivel cognitivo que le impiden salir de la relación problemática en la que se encuentran. En otras palabras, es una necesidad extrema de estar junto al ser amado y compartir con este cualquier momento agradable, ya que su ausencia representa falta de sentido hasta para la vida misma. Conllevando esto a la pérdida del propio yo en aras de la disolución de la personalidad y la mitificación del compartir.

Esta dificultad para ser independiente a nivel emocional, se origina por el tipo de educación emocional que desde la infancia sus progenitores hayan generado en el vínculo familiar. Es desde allí, que la persona inicialmente aprende a sentir apego o desapego hacia los seres afectivamente significativos. Bowlby, J., (1998) citado por Garrido, L (2006) planteó la teoría del apego como una tendencia de los seres humanos a generar vínculos afectivos sólidos con determinadas personas a través de la vida. Así mismo, de acuerdo a este tipo de educación puede generarse diversos tipos de apego entre padres e hijos que muy posiblemente se ven reflejados en futuras relaciones de pareja. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978) citados por Garrido, L (2006) diseñaron una tipología que caracterizaba a los lactantes al momento de relacionarse con sus padres y que influirían en su vida. Estos tipos de apego son: primero, apego seguro, en el cual la partida de la madre aflige momentáneamente al bebé, pero se consuela a su regreso. Como consecuencia de este estilo Mikulincer, Shaver y Pereg (2003) citados por Garrido, L (2006) plantean que se genera en el niño baja ansiedad y evitación, generando seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y a su vez, confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

El segundo tipo de apego es el ansioso o ambivalente, en este, quien está al cuidado del menor es inconsistente en cuanto a la necesidad de cercanía, brindando a veces atención y otras los ignoran. Contrario al anterior Mikulincer (2003) citado por Garrido, L (2006), enfatiza que en el estilo ansioso ambivalente se evidencia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado. Y por último, el estilo evitativo, en el que los niños evitan el contacto con la madre ya que mantienen su atención en juguetes por ejemplo. Así, cuando la progenitora se va no se alteran, y los padres suelen ignorarlos bastante. Es decir, se genera angustia y enojo ante su ausencia, pero

si regresan se tornan indiferentes. Por tal motivo, de acuerdo con Mikulincer (2003) citado por Garrido, L (2006), en este estilo no hay seguridad en el apego, produciendo una autosuficiencia compulsiva que genera preferencia por una distancia emocional de los otros.

Es así que estos estilos o tipos de apego generados desde la infancia se verán reflejados en la etapa adulta, debido a que las relaciones amorosas a largo plazo dependen de los sentimientos de apego, por ende, el adulto de acuerdo al tipo de apego generado con sus progenitores, según lo planteado por Castillo, A., (2008) será una persona con una autoestima estable y positiva, quien disfruta de la felicidad, la amistad y la confianza, debido a un apego seguro. O será un persona evitadora que conserva sentimientos pesimistas sobre el amor, debido a que cree que este dura poco. O por último, será un adulto ansioso\ambivalente quien se enamora y desencanta con facilidad, y es tendiente a los celos y frecuentes altas y bajas en sus relaciones.

De igual manera, junto con el tipo de apego o vínculo afectivo que se va generando desde la infancia, así mismo inicia desde esta etapa el desarrollo de un perfil cognitivo que va a caracterizar al dependiente, ya que es desde etapas tempranas en las que esquemas y creencias empiezan a gestarse sobre las relaciones afectivas, que van a influenciar la forma de relacionarse en edades adultas. Por tanto, desde un modelo cognitivo es importante la identificación de estos esquemas, los cuales de acuerdo a Beck, J. (2000) se refieren a aspectos sobre sí mismo, los otros y el futuro. Por otra parte, Young (1999) considera dentro de esos esquemas los desadaptativos tempranos que se establecen desde los primeros vínculos afectivos y se perpetúan tras la elección de figuras de apego acordes a las expectativas generados sobre los otros, sí mismo y el mundo. De acuerdo con estos dos autores, se hablaría de esquemas, agrupados en áreas de dominio según Young, y creencias centrales las cuales son consideradas por el individuo como verdades absolutas según Beck; las dos teorías apuntando a la identificación del perfil cognitivo de los dependientes



emocionalmente, en el cual, además de la consolidación de creencias y con ellas su validez, se considera importante la identificación de procesos a través del cual estas logran mantenerse. Uno de estos procesos son las distorsiones cognitivas, consideradas errores del pensamiento habituales y repetitivos, que conducen a productos cognitivos ilógicos y equivocados (Riso, W. 2006), que dan lugar a descartar información ambiental en aras del mantenimiento de los esquemas cognitivos de base (Caro, I. 1997).

Ahora bien, de acuerdo a esto, Lemos, M y col. (2012) en su investigación sobre el perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia, identifican “el esquema desadaptativo temprano de desconfianza/abuso, las creencias centrales del trastorno de personalidad por dependencia, creencias centrales del trastorno de personalidad paranoide, la distorsión cognitiva de falacia de cambio y la estrategia de afrontamiento (de coeficiente negativo) de autonomía” (p. 399). Por otra parte, Lemos, M., Londoño, N., y Zapata, J. (2007) en su estudio sobre distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional, señalan en su respectivo orden como las principales distorsiones Los deberías, falacia de control, falacia de cambio, falacia de justicia, sobregeneralización, falacia de razón, razonamiento emocional, filtraje, interpretación del pensamiento, pensamiento polarizado, visión catastrófica y falacia de recompensa divina. *Los debería*, que es la de mayor puntuación “se consideran como una distorsión cognitiva en la medida que genera un procesamiento de la información con estándares elevados, rígidos e inflexibles de las situaciones o acerca de cómo tienen que suceder las cosas, donde cualquier desviación de estas normas se considera insoportable, lo cual repercute en la estabilidad emocional de las personas y en la calidad de la relación con los demás” (Lemos y col. 2007. p. 65).

En cuanto a la clasificación diagnóstica de la dependencia emocional, ésta no existe como trastorno o categoría específica que permita desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición considerarla una enfermedad mental.

Las opciones diagnósticas siguiendo a Castillo, A., (2008) en el DSM, catalogarían la dependencia emocional posiblemente como: trastorno depresivo con síntomas atípicos. Al incluir los síntomas atípicos este tiene en cuenta un criterio diagnóstico relacionado con un rasgo de personalidad que es un “patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal, no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo, que provoca un deterioro social o laboral significativo” (DSM IV, p 394). Así mismo, incluye anhedonia parcial, sin embargo, considerar la dependencia emocional dentro de esta categoría habría primero, que hacer el diagnóstico de trastorno depresivo si el dependiente está sintomático de lo contrario no sería posible, y por otra parte, se requiere que estén presentes otros síntomas como hipersomnia, abatimiento corporal, hipersomnia o hiperfatiga.

Otra opción es el Trastorno del control de los impulsos no especificados, en el cual se especificaría la “adicción al amor”, sin embargo, al ser un trastorno del Eje I, si el sujeto está asintomático no es viable y más si la persona no está inmersa en una relación adictiva.

Por otra parte, es importante distinguir la dependencia emocional del trastorno de la personalidad por dependencia y el trastorno límite de la personalidad, con los cuales suele confundirse.

En cuanto al Trastorno de la personalidad por dependencia, existe diferencia en relación a la dependencia emocional y reside en el tipo o naturaleza de la dependencia. En la dependencia emocional la necesidad como su nombre lo dice es emocional, en la búsqueda de ser querido, amado, lo cual lleva a tener a alguien que proporcione o llene ese suministro afectivo. En esta misma línea, Castelló, (2000; 2002; 2005) citado por Lemos, H., y Londoño, N., (2006) distingue

el trastorno de la personalidad dependiente de la dependencia emocional, al considerar la primera una dependencia de tipo instrumental que se caracteriza por falta de autonomía en labores de la vida diaria, inseguridad, búsqueda de apoyo social, carencia de iniciativa, indefensión, dificultad en la toma de decisiones y asumir responsabilidades, lo cual le permita a la persona desarrollarse eficazmente. Mientras que la dependencia emocional se relaciona con una excesiva demanda afectiva, generando relaciones interpersonales estrechas, relaciones de pareja desequilibradas, en las que predomina la sumisión e idealización de la pareja, caracterizadas por baja autoestima, con alta necesidad del otro, que conlleva un sentimiento de angustia ante la idea y temor a la soledad que llevan a un fuerte aferramiento hacia la pareja.

Y por otra parte, en cuanto al Trastorno límite de la personalidad, en este trastorno si figura directamente la dependencia emocional, aunque se presentan períodos opuestos unos en los que son autónomos y otros en los que se tornan agresivos. Generando “un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación” (DSM, p. 671). Por tal razón, no es posible clasificar directamente la dependencia emocional dentro de este trastorno, debido a que los pacientes tienen una notable intensidad con la que establecen y luego rompen sus lazos afectivos.

Por ende, ante las posibilidades u opciones diagnósticas anteriormente expuestas a la hora de clasificar la dependencia emocional de acuerdo a los parámetros clínicos, queda la posibilidad de ubicarla en la categoría residual para el Eje II como Trastorno de la personalidad no especificado, ya que cumple criterios de varios trastornos de la personalidad, no pudiéndose a su vez catalogarlo en uno en particular. Es decir, según los mismos criterios del DSM, se puede considerar la dependencia emocional dentro de esta categoría ya que 1) “el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de

varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación” (p. 645).

En resumen, la dependencia emocional cumple con los criterios necesarios para considerarlo dentro de un trastorno de personalidad ya que según Castillo, A., (2008) “afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos; es persistente, inflexible y abarca numerosas situaciones personales y sociales; es de larga duración y de inicio temprano; y no se debe a otro trastorno mental, a los efectos de sustancias o a enfermedades médicas” ( p. 41).

Por tanto, debido a lo particular de la sintomatología de la dependencia emocional, la cual aún no se ha esclarecido en un trastorno dentro de la clasificación de trastornos mentales, se seguirá considerando ya sea en el eje I o II, de acuerdo a la postura que quien diagnóstica considere pertinente. De ahí, que algunos autores opten por incluir este patrón como un síntoma asociado a trastornos del eje I, es el caso de las investigaciones de Dávila, Steinberg, Kachadourian, Cobb y Fincham, (2004); Loas, Borgne y Delahousse, (1994); Robins, Bagby, Rector, Lynch y Kennedy, (1997); Sanathara, Gardner, Prescott y Kendler, (2003); Turner y Turner, (1999), mencionadas por Lemos, M y col. (2012). Otros la incluyen como una característica de algunos trastornos del eje II como es el caso de Bornstein, 1998; Morse, Robins y Gittes-Fox, 2002 mencionados igualmente por Lemos, M y col. (2012). Y por último, algunos como un factor explicativo de la violencia intrafamiliar como es el caso de Castelló (2002).

### *Terapia Cognitiva*

Ahora bien, volviendo al tema de considerar la dependencia como un trastorno de personalidad debido a que una de las áreas que afecta es la cognición, se ampliará un poco más sobre este aspecto, ya que una de las propuestas de intervención está basada en la modificación de aquellas cogniciones distorsionadas que perpetúan la relación adictiva. La intervención basada desde la terapia cognitiva, busca precisamente modificar aquellas cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales relacionadas con ellas.

Aunque la terapia cognitiva ha sido principalmente implementada en trastornos de depresión y ansiedad en el caso de la terapia cognitiva de Beck, en el tratamiento de problemas emocionales crónicos y trastornos de personalidad ha demostrado gran efectividad, desde la terapia centrada en esquemas de Young.

Desde el modelo cognitivo se considera existen ciertos errores en el procesamiento de la información tanto en la depresión, en los trastornos de ansiedad, en los trastornos de la personalidad, entre otras patologías psiquiátricas Beck, (1976) citado por Wright y Beck (s.f), lo cual facilita que se desarrollen percepciones erróneas respecto a la visión de sí mismo, del otro y del mundo, dando lugar a las distorsiones cognitivas. Distorsiones las cuales se mantienen cuando respuestas conductuales confirman y aumentan negativamente las cogniciones distorsionadas (Wright, 1988, en Wright y Beck, s.f). De ahí, que el proceso de intervención este orientado hacia la identificación de las distorsiones cognitivas, la emoción suscitada y la reacción, con el fin de modificar la idea errónea y con ella la emoción y la conducta hacia respuestas más ajustables a la realidad. En la figura 1 se muestra el proceso de intervención que se sigue desde esta postura de Beck.

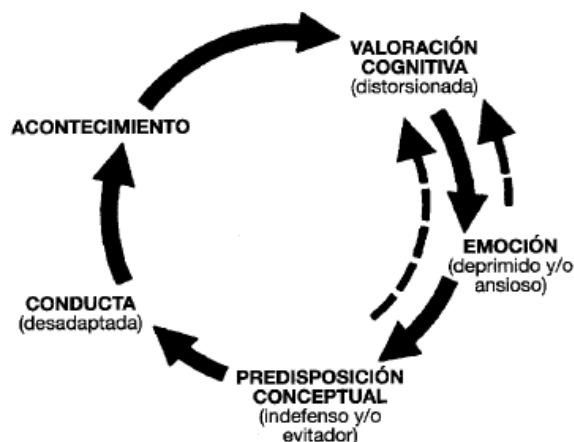


Figura 1. Modelo de trabajo para la terapia cognitiva.

(Fuente: Wright, 1988, en Wright., y Beck, p. 1135)

En esta figura, Wright muestra la relación entre las influencias ambientales, la cognición, la emoción y la conducta, debido a que, “la creencia general de la terapia cognitiva es que las respuestas emocionales son altamente dependientes de las valoraciones de la trascendencia de la información procedentes del entorno” (Wright y Beck., s.f p. 1135).

En estas cogniciones disfuncionales de acuerdo con Beck y col. (1983), existen dos niveles de procesamiento de información disfuncional; los pensamientos automáticos y las creencias básicas incorporadas en esquemas. Entendiendo los pensamientos automáticos como las cogniciones que aparecen con rapidez y casi de manera inconsciente mientras una persona está en una determinada situación. Pensamientos que poseen una lógica errónea y no están basados en evidencias racionales y cuya forma de acceder desde la terapia cognitiva es a través de la interrogación principalmente. A continuación se enumeran y describe las principales distorsiones cognitivas propuestas por Beck (1995) y las cuales están incluidas en el documento de Lemos, M., Londoño, N., y Zapata, J. (2007) que se evalúan desde la terapia cognitiva:

- *Abstracción selectiva*: selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación.

- *Pensamiento polarizado*: valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.
- *Sobregeneralización*: sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez.
- *Interpretación de pensamiento*: se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.
- *Visión catastrófica*: adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.
- *Personalización*: hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.
- *Falacia de control*: las personas con esta distorsión suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tengan ningún control sobre los acontecimientos de su vida.
- *Falacia de justicia*: consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.
- *Falacia de cambio*: son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de aquellos.
- *Razonamiento emocional*: consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.
- *Etiquetas globales*: consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.
- *Culpabilidad*: consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.

- *Deberías*: consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.

- *Tener razón*: consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.

- *Falacia de recompensa divina*: consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro.

Volviendo a los esquemas, estos son estructuras cognitivas más profundas que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno como lo mencionan Beck y col., (1979); Wright y Beck, (1983) citados por Wright y Beck p. 1136). De acuerdo con Beck y Young, estos esquemas o constructos se van organizando desde la infancia, con las experiencias tempranas e influencias formativas posteriores. Estos esquemas pueden tener un papel adaptativo en la medida que permite la asimilación de información y toma de decisiones, sin embargo, pueden ser desadaptativos, en el caso de los trastornos psiquiátricos ya que algunos mantienen estado de ánimo disfóricos. Este tipo de esquemas normalmente no salen a relucir sino en el momento en que se presenta un suceso estresante en la vida de la persona, de lo contrario suele permanecer inactivos.

En este momento, vale la pena explicar que si bien la terapia centrada en esquemas de Young y la terapia cognitiva de Beck, tienen aspectos en común y pareciese que se hablará de lo mismo en una y otra, cada postura tiene unas características claramente delimitadas en cuanto al objetivo del proceso terapéutico, técnicas de intervención y mecanismos de procesamiento de la información



En el caso de Beck (1983) el trabajo terapéutico está orientado hacia la identificación y modificación de los supuestos personales generadores del malestar en la persona. Estos supuestos personales suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales, como por ejemplo amor y aprobación, y su relación con ellas, los cuales están agrupados en esquemas cognitivos tácitos que contienen el conjunto de significados personales. Los significados son por lo general inconscientes hasta que se activan en determinadas situaciones, que ponen en confrontación las ideas o creencias preexistentes logrando así que se procese erróneamente la información, lo cual se manifiesta en las distorsiones cognitivas, en párrafos anteriores enumeradas. Estas distorsiones irrumpen en la conciencia en una serie de pensamientos negativos, ya antes mencionados como los pensamientos automáticos, considerados por el paciente como ciertos llevándolo a adoptar una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro, esto es lo que se llama triada cognitiva desde Beck. Desde esta postura un esquema adaptativo sería pensar “no me importa qué ocurra, ya saldré adelante”, esto le permite a la persona generar estrategias para afrontar situaciones difíciles, mientras que alguien con un esquema desadaptativo pensaría “debo ser perfecto para ser aceptado”, esto generaría ansiedad en la persona ya que la lleva a manejar un alto nivel de perfección, que de no conseguir probablemente desencadene en frustración, depresión, ansiedad, entre otros síntomas o trastornos psicológicos.

De esta manera, la terapia cognitiva de Beck y mayormente implementada en la depresión, está orientada hacia la modificación del estado patológico, desde los factores más sintomáticos a los factores relacionados de tipo cognitivo, es decir, las distorsiones y supuestos personales. Por otra parte, es de destacar que Beck (1979) propone un abordaje terapéutico a corto plazo, que puede durar máximo 13 sesiones, esto es un aspecto importante a tener en cuenta, ya que la mayoría

de procesos de intervención sobrepasan este número, lo cual llega en ocasiones a ser una dificultad, ya que no todos los pacientes están dispuestos por múltiples factores a asistir a procesos largos.

Entre las técnicas que se implementan desde la terapia de Beck, esta, la recogida de pensamientos automáticos, la técnica de la triple columna, identificación de supuestos personales y la comprobación de validez de los supuestos personales. La identificación de los pensamientos automáticos se da una vez la paciente ha comprendido primero los principios de la terapia cognitiva y segundo, la relación de los pensamientos al momento de producir las emociones, para lo cual deberá aprender a identificar qué pensamientos pasan por su mente ante ciertas situaciones y hace que generen su estado de tristeza, ansiedad, agobio, depresión, etc.

Los pensamientos automáticos se pueden identificar a través del autorregistro por parte de la paciente de situaciones en las que experimenta alguna emoción, y en el momento en que se dé, logre identificar qué pensamiento negativo suscita esta emoción y que reacción o respuesta se genera. La hoja de autorregistro de pensamientos es una herramienta muy usada en la terapia cognitiva para ayudar a identificar, reducir y reestructurar pensamientos automáticos negativos. El paciente hace el registro siguiendo un modelo de tres o cuatro columnas distribuidas de la siguiente manera: **1ª Columna** debe contener una breve descripción de la situación, ¿cuándo sucedió, dónde fue, con quién estaba, qué ocurría...?, lo ideal es que se describa brevemente la situación en una o dos frases. La **2ª Columna** debe constar los pensamientos, ¿qué le pasó por la cabeza en ese momento? ¿qué se dijo a usted mismo/a en ese momento sobre la situación, sobre su papel en ella, sobre las demás personas...?, ¿qué temió que podría ocurrir? y/o ¿qué pensó que podría ser lo peor que podría ocurrir si su temor se hubiera confirmado?. Y la **3ª Columna** se debe apuntar los sentimientos o emociones que la persona experimenta en esa situación. La **4ª columna** es opcional, y debe contener la reacción de la persona ante la situación. Esta técnica es igualmente conocida

como el A-B-C, propuesta por Beck, en la que (A) es un evento activador, que lleva a diferentes pensamientos (B), produciendo diversas consecuencias como los son sentimientos y conductas (C) (Aguado, H., y Silberman, R. 2004). En la figura 4 se muestra un ejemplo de la forma en que la paciente debe realizar el autorregistro teniendo en cuenta las 4 columnas o la técnica A-B-C. Es importante resaltar que a la hora de realizar el autorregistro, la paciente pueda ante un mismo evento suscitar diferentes pensamientos que pueden igualmente ser apuntados.

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS		
SITUACIÓN	-----	“Mi marido llegó a casa y no me besó”
EMOCIÓN	-----	Tristeza
PENSAMIENTO	-----	“No le importo nada”
CONDUCTA	-----	“Llorar, callarme y ponerme más triste”

Figura 4. Ejemplo de la técnica A-B-C o autorregistro de pensamientos automáticos

Otra de las técnicas implementadas es la identificación de los supuestos personales, este proceso se realiza principalmente a través del diálogo entre terapeuta y paciente. Durante la entrevista al realizar la revisión de los autorregistros del paciente el terapeuta elabora hipótesis respecto a los supuestos personales del paciente.

Una vez el paciente ha identificado sus pensamientos negativos y distorsiones, se lleva mediante un diálogo socrático a que el paciente determine la precisión y utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de la información. Es de esta manera, que por una parte se logra que el paciente someta a análisis los diversos pensamientos registrados basándose en la realidad, es decir, se buscan evidencias para comprobar la validez de las cogniciones. Una vez el paciente

ha logrado someter a prueba las cogniciones se da la modificación o reestructuración cognitiva antes las situaciones generadoras de malestar

Se puede hacer uso así como en el registro de pensamientos automáticos del registro a través de columnas sobre el proceso de reestructuración, incluyendo situaciones similares o nuevas que susciten las emociones de malestar experimentadas por la paciente.

Así, la primera columna incluye la situación desencadenante de la emoción o sentimiento desagradable, en la segunda columna, se escribe la emoción desagradable, en la tercera los pensamientos automáticos relacionados con la situación específica y en la cuarta, los pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores. En la figura 5 extraída del libro de Ruiz, J., y Cano, J. (2002) se muestra un ejemplo de cómo registrar la modificación de cogniciones por medio del sometimiento a prueba de las cogniciones.

REGISTRO DE TRIPLE COLUMNA		Fecha:
SITUACIÓN	-----	“Mi marido llegó a casa y no me besó”
EMOCIÓN	-----	Tristeza
PENSAMIENTO INICIAL	-----	“No le importo nada”
MODIFICACIÓN PENSAMIENTO	-----	“No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones”
CONDUCTA-CONSECUENCIA	-----	“Conversar con él”

Figura 5. Registro de triple columna para la generación de pensamientos alternativos

Otra técnica es la reatribución, en la cual el terapeuta busca redireccionar las autoatribuciones negativas que ha hecho el paciente de una forma poco realista. No se trata de liberar al paciente de su responsabilidad de los hechos, se trata de establecer el grado de

responsabilidad que verdaderamente tiene sobre los mismos (Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. 2003)

Ahora bien, aunque Beck fue el primero en generar este tipo de planteamiento psicopatológico en cuanto a depresión y ansiedad. Young tiempo después formula la teoría de esquemas basada principalmente como una búsqueda de terapia en los trastornos de personalidad. Young (1999) citado por Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., y Schnitter, M. (2005) propone los supuestos teóricos de esquemas maladaptativos tempranos, dominios de los esquemas, mantenimiento, evitación y compensación de los esquemas. Young considera los esquemas maladaptativos tempranos a ideas disfuncionales que se desarrollan en la infancia y se elaboran a los largo de la vida, los cuales se perpetúan a través de (Hernández, E. 2014) las distorsiones cognitivas -las mismas mencionadas por Beck-, los patrones vitales conductualmente, en lo que el individuo realiza patrones equivocados, seleccionados de forma inconsciente, y permanecen en situaciones y relaciones que disparan y perpetúan el esquema, evitando, por tanto, situaciones interpersonales que van a facilitar que cure o modifique el esquema, y los estilos de afrontamiento del mismo. En este según Hernández, E. (2014) los pacientes desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas al comienzo de sus vidas para poder adaptarse a los esquemas, de manera que estas estrategias o estas respuestas desadaptativas facilitan que no tengan que experimentar las emociones intensas y arrolladoras que normalmente causan los esquemas.

De ahí que según lo expuesto por Caro, I. (1997) la terapia de Young difiera de la de Beck en que, el modelo de Young utiliza un menor nivel de descubrimiento guiado y confrontación. Por otra parte, debido a que está centrada principalmente a pacientes con trastornos de personalidad está diseñada para un mayor número de sesiones, se habla de 35 en adelante. En cuanto al tipo de

técnicas que utiliza, estas tienen una mayor carga afectiva. Y por último, Young se orienta más hacia el esquema disfuncional temprano, que implica conocer los orígenes, la infancia de los pacientes y la influencia de todo ello en sus problemas, por lo cual hace uso de estrategias de tipo emocional.

En relación a las técnicas cognitivas implementadas desde Young, (Caro, I. 1997) estas se orientan hacia la construcción de argumentos sobre el esquema, con el fin de establecer su validez. Una de las técnicas más implementadas es la comprobación de hipótesis correspondiente al modelo cognitivo de Beck. Otra técnica es la revisión de evidencia que sustenta los esquemas. Esto se hace a través de la revisión por parte del paciente de su historia de vida, evocando la mayor cantidad de recuerdos, situaciones, etc, los cuales se conectan directamente con los esquemas, que se realiza también desde técnicas implementadas en el modelo de Beck, como buscar evidencias y argumentos a favor y en contra de estos recuerdos o de esas imágenes y situaciones evocadas. Una vez se buscan las evidencias se pasa a examinarlas a través del descubrimiento guiado, el cual es un proceso de investigación en el que paciente y terapeuta trabajan conjuntamente, para así encontrar una forma diferente de ver las cosas. El método principal para este descubrimiento es el diálogo socrático, el cual según lo expuesto por Caro, I. (1997) se busca no hacer preguntas cerradas, ni muy directivas, no persuadir al cliente, sino que el terapeuta debe, con preguntas abiertas, lograr que el cliente se dé cuenta de lo disfuncional de sus pensamientos, y por último, hacer preguntas de una forma tranquila y relajada, y no varias, una detrás de otra, sin esperar la respuesta del cliente.

Young (1999) citado por Castrillón, D. y col. (2005) propone un sistema de clasificación de cinco dominios los cuales se agrupan en dieciocho esquemas desadaptativos temprano. De acuerdo a ello, está el dominio de *Desconexión y Rechazo* que agrupa los esquemas de

abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, defectuosidad/vergüenza y aislamiento social/alienación. El dominio de *Autonomía y Desempeño Deteriorados* que contiene los esquemas de dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o la enfermedad, entrampamiento emocional, y fracaso. El dominio de *Límites Insuficientes* que agrupa los esquemas de derecho/grandiosidad y autocontrol insuficiente/autodisciplina. El dominio de *Orientación hacia los Otros* que lo componen los esquemas de subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento. Y por último el dominio de *Sobrevigilancia e Inhibición* cuyos esquemas son negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares implacables/hipercrítica y condena.

A manera de resumen, en la figura 2 se muestra de manera descriptiva el modelo cognitivo con relación al proceso de desarrollo de las creencias y esquemas, las cuales como se ha mencionado anteriormente empiezan a establecerse desde la infancia a raíz de las experiencias tempranas, ya sea saludables o no para el sujeto; luego se desarrollan y activan ante la presencia de eventos críticos a lo largo de la vida del individuo, potencializando cierto tipo de pensamientos ante otros, que favorecen la aparición de emociones o conductas, que dependiendo de la experiencia en su infancia van a generar la aparición de creencias o esquemas adaptativos o desadaptativos en el sujeto.

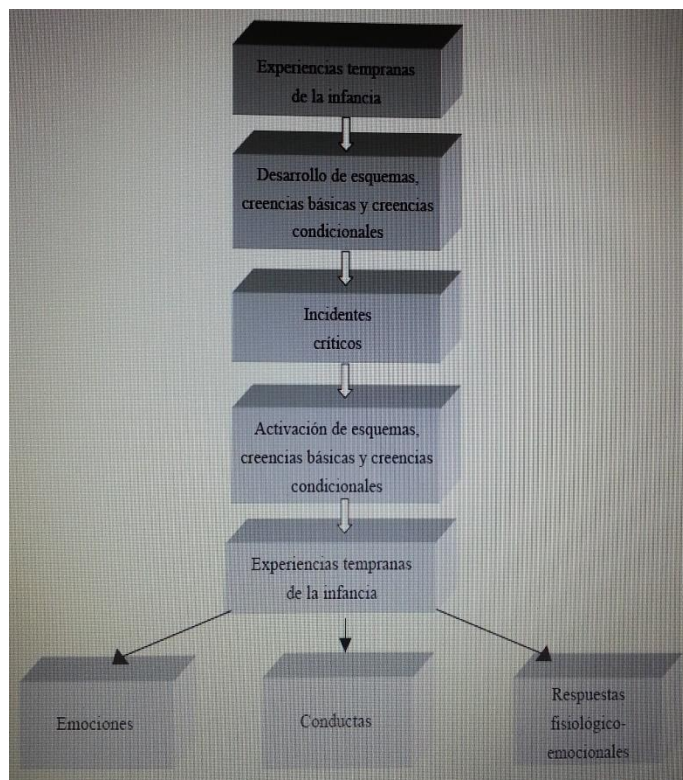


Figura 2. Modelo cognitivo y el proceso de desarrollo

Fuente: (Aguado, H., y Silberman, R. 2004 p. 64)

Ahora bien, el abordaje propuesto en el siguiente estudio de caso combina tanto la terapia centrada en esquemas de Young como la terapia cognitiva de Beck, esto con el fin de lograr el objetivo principal de la paciente que es reducir el nivel de malestar cognitivo y emocional, realizando el proceso terapéutico no desde un autor en particular, sino desde el enfoque cognitivo como tal. Es importante tener en cuenta que los estudios sobre dependencia emocional se han centrado principalmente hacia la identificación del perfil cognitivo de las personas con esta patología, tanto desde la postura de Young como la de Beck, es el caso de las investigaciones de Lemos, M., Londoño, N., y Zapata, J. (2007); Lemos, M y col. (2012); Moral, M., y Sirvent, C. (2009). En cuanto su tratamiento, existen algunas propuestas desde un enfoque integrador en el que se aboga con la modificación de las cogniciones disfuncionales y con ello el mejoramiento de



la autoestima y las redes sociales. Una primera propuesta es la de Castelló, J. (2000) quien plantea un proceso de intervención desde las diferentes dimensiones afectadas por la dependencia, es decir, la afectiva, interpersonal, somática, cognitiva, etc., este trabajo sugiere hacerlo a largo plazo y enfocado en el mejoramiento de los síntomas generadores de malestar en cada área. Otra propuesta de intervención planteada por Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A., y Terrones, M. (2004) está enfocada hacia el trabajo en el mejoramiento de áreas como la autoestima, asertividad, solución de problemas y prevención de recaídas; esto desde la terapia cognitivo conductual.

En el estudio de caso presentado en este documento, las técnicas de intervención están enmarcadas específicamente dentro de la terapia cognitiva, ya que como el mismo Beck (1990) lo dice, las malas interpretaciones y significados sobrevalorados presentes en la dependencia afectiva, pueden modificarse mediante técnicas de la terapia cognitiva, con las cuales se busca transformar la visión que se tiene sobre la pareja, entendiéndola no como una simbiosis sino como una complementariedad. De esta manera, por medio de técnicas cognitivas se logra la inclusión de procesos no conscientes, entendiéndolos no, desde la perspectiva freudiana, sino procesos encubiertos que normalmente operan fuera de nuestra conciencia como las cogniciones (Beck), los esquemas (Young) y las reglas personales (Echeburúa, E. 1999). El acceso a estos como se ha mencionado anteriormente, se hace a través de un adecuado entrenamiento que permite al sujeto la identificación de los esquemas nucleares que dan origen a las pautas de conducta disfuncionales. Esta identificación de cogniciones aparte de poderse realizar con la ayuda de test se puede realizar con ciertas técnicas cognitivas que llevan al paciente a que se dé cuenta de los principales cogniciones o distorsiones que generan su comportamiento perturbador.

De esta manera, y como se había mencionado anteriormente, el abordaje se propone tanto desde la postura de Young como la de Beck, con el fin de realizar la intervención en el perfil

cognitivo de la paciente desde las estructuras más amplias como los esquemas, hasta las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y supuestos personales.

El proceso e intervención desde Young, se propone con la aplicación del cuestionario de esquemas que le permita de una manera clara a la paciente y la terapeuta identificar el conjunto de esquemas desadaptativos predominantes, y a su vez, se puede realizar un seguimiento a través de varias aplicaciones durante el proceso, de la disminución o no de los esquemas que generan malestar. Cabe resaltar, que en la terapia centrada en esquemas de Young, no se establece la aplicación del cuestionario de esquemas a los largo del proceso, y menos en tres momentos, esto es algo que se propone en este estudio de caso como una estrategia de evaluación de resultados.

Por otra parte, la intervención desde Beck, se realiza en la identificación de pensamientos automáticos y con él las distorsiones cognitivas, que al ser abordadas en la terapia, permitan la modificación de los esquemas desadaptativos. El proceso de intervención se sigue desde Beck, principalmente porque permite realizar un proceso a corto plazo con resultados efectivos para la paciente.

De acuerdo con el anterior marco teórico expuesto, se plantea un estudio de caso cuyos objetivos son:

## **OBJETIVO GENERAL**

Análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales sobre el establecimiento de una relación afectiva, y la sustitución de éstos por patrones racionales y adaptativos.

Este objetivo se espera cumplir a través de:

### **Objetivos Específicos**

- Identificación de los esquemas desadaptativos y modificación de los mismos
- Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como producto de las distorsiones cognitivas.
- Modificación de los síntomas objetivos, es decir, los componente cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos que conforman la dependencia emocional.
- Identificación de los Supuestos personales y modificación de los mismos.

El proceso para cumplimiento de los anteriores objetivos se realizó en dos etapas, una de evaluación y otra de intervención, ya que primero se evalúan los procesos cognitivos desadaptativos y luego se desarrollan experiencias que alternen las cogniciones, los patrones afectivos y de conducta relacionados con ellas.

En la fase de evaluación se identifican las cogniciones desadaptativas que le generan a la paciente emociones y conductas contraproducentes, relacionadas con el establecimiento y mantenimiento de relaciones afectivas problemáticas. Luego en la fase de intervención, una vez identificados los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y los esquemas desadaptativos se someten a análisis y modificación a través de la contrastación con la realidad empírica.

## **Metodología**

### *Método*

El siguiente trabajo se contempla como un estudio de caso de tipo descriptivo, con datos cualitativos y cuantitativos, entendiendo el estudio de caso según Martínez, P. (2006) como:

“una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría” (p. 174)

En el caso particular del presente documento, se implementó un estudio de caso único, cuyo objetivo se centra hacia la descripción de la intervención terapéutica de un trastorno en particular.

El proceso de estudio de caso único está sujeto a los parámetros científicos, técnicos y administrativos para la investigación con seres humanos, establecidos en las normas éticas colombianas para la investigación, indicados por el Ministerio de Salud, en Resolución 8430 de 1993. Así mismo, el proceso terapéutico estuvo regido por el código bioético y deontológico de la profesión del psicólogo, establecido en la Ley 1090 de 2006.

### *Participante*

La paciente identificada a quien el siguiente artículo denominará como PI para proteger su identidad, es una mujer soltera, de 48 años, con 2 hijos, un joven de 22 años quien padece de hidrocefalia, y una joven de 19 años estudiante universitaria. PI es oriunda de un municipio de Santander, la mayor parte de su niñez y adolescencia vivió en la Capital de la provincia. Actualmente se encuentra radicada en Santander.

El motivo por el cual PI asiste a consulta en el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana es: “siempre me pasa que cuando tengo problemas con mi pareja me inquieto mucho, me pongo muy mal, no puedo comer y dormir bien pensando en qué estará pensando él. A veces no quisiera tener que irlo a buscar pero no soy capaz de estar distancia de él, y por eso siempre soy yo la que termina cediendo y yendo a buscarlo”.

“Me siento muy mal y quiero ser capaz de manejar esa como ansiedad que me da, desde hace 3 años que mi segunda pareja murió, ahora pienso que cualquier persona se puede ir... he vivido tantas cosas que no se si resumirlas porque eso viene de antes”.

Indagando en las diferentes áreas de PI, se encuentra lo siguiente: proviene de una familia conformada por madre y padre quienes son fallecidos, este hecho desestabiliza notablemente a PI ya que según ella, pierde a quienes consideraba su apoyo emocional. Además, tiene 7 hermanas y tres hermanos mayores.

PI nace en el área rural y permanece allí hasta el momento en el que se casa y viaja a la ciudad. Refiere que en su familia la relación o vínculo afectivo fue muy débil, ya que la relación con sus progenitores fue distante y de poca confianza, no se formó con sus hermanos y hermanas ya que todos al crecer se fueron de la casa, quedando ella responsable de todos los oficios y quehaceres diarios de la misma. Igualmente dice que la relación entre sus padres era poco amorosa, siendo muy reservados el uno con el otro; de igual manera con sus hermanos (as) no existe un vínculo afectivo estrecho o unidad familiar, ya que por lo mismo que no se formó con ellos, en la actualidad la relación con la mayoría de ellos es nula.

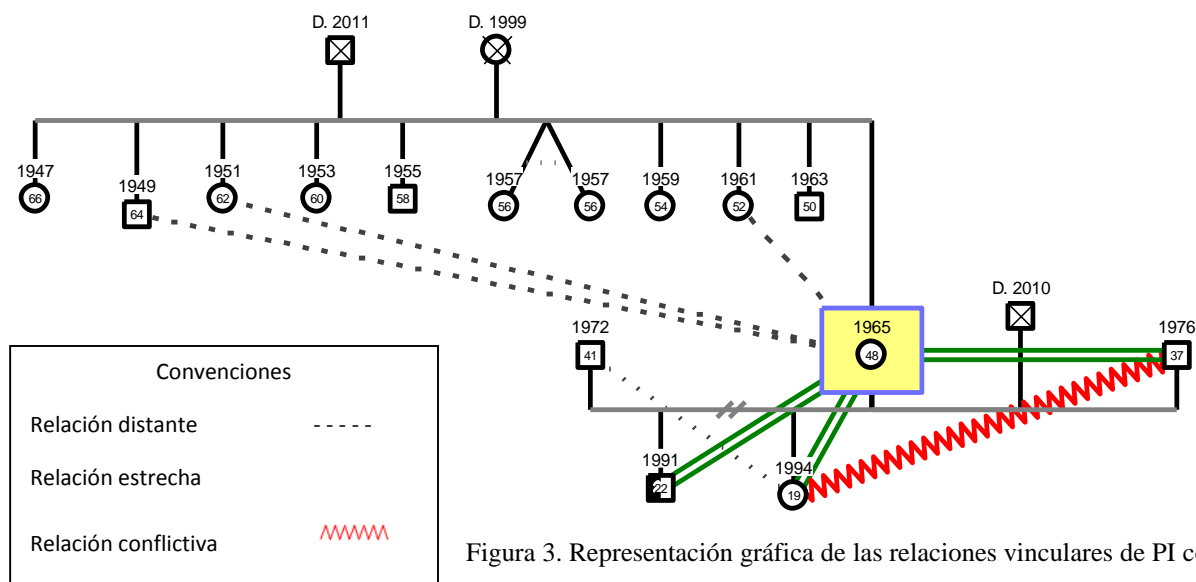
PI sale de su casa a los 24 años casada con su primer pareja, según ella, antes de esta fecha no había sido capaz de separarse de su familia porque le parecía “terrible” la idea de estar sola,

recuerda una ocasión en la que se iba por unos días para la ciudad, pero sintió mucha angustia y tuvo que regresar al día siguiente a su casa porque no fue capaz de estar lejos.

Cuando se casa, PI y su esposo viven un tiempo con sus padres pero al tiempo se radican en un municipio del departamento de Santander; en ese mismo año queda embarazada y tiene su primer hijo quien nace con hidrocefalia. Luego del parto PI sufre una crisis emocional debido a que ella esperaba que su hijo naciera sin ninguna enfermedad. A los 4 años, queda nuevamente embarazada, pero según lo que ella refiere fue muy angustioso el embarazo debido a que le preocupaba la idea de que su hija naciera con algún problema.

Luego, llevando 10 años de matrimonio PI descubre que su esposo tiene otra mujer, lo cual la pone en un estado de angustia y preocupación constante al pensar primero en la idea de que se iba a quedar sola, y segundo, del saber si su esposo le quería o no quitar los hijos. Situación que fue resuelta de mutuo acuerdo entre la pareja.

A los pocos años, PI conoce un hombre mayor que ella con el cual inicia una relación, manifestando iniciar esta relación porque sentía que necesitaba un apoyo emocional más que por estar enamorada inicialmente. Esta pareja fallece hace tres años de una enfermedad terminal, situación que la expone nuevamente en una crisis a nivel emocional, debido a que la idea de estar otra vez sola la preocupaba bastante. Luego de estabilizarse ante este episodio, hace más de un año inicia una nueva relación sentimental con un hombre menor. Al inicio, PI refiere que la relación no tuvo ningún problema, sin embargo, comenta que ahora cada vez que discute o tiene un problema con él y se dejan de hablar, le angustia y sufre mucho, se inquieta, no come ni duerme bien, y siente la necesidad de ir prontamente a buscarlo para solucionar la situación.



Manifiesta que ella busca la manera de siempre complacerlo con el fin de que él no se moleste y eso los lleve a discutir, porque sentir que no está con él la angustia notablemente. En la figura 3 se muestra el familiograma de PI.

Por otra parte, en cuanto a las otras áreas de desempeño de PI, en lo académico estudió la primaria completa. En lo laboral, empieza a trabajar una vez se separa de su esposo y esporádicamente realizar trabajos de modistería. Su principal fuente de ingreso es el arriendo de una habitación de su casa. En cuanto a lo social, PI se considera una buena amiga, aunque refiere ser de pocos amigos. Lo religioso es un área predominante para ella, dándole una explicación de lo que pasa en su vida siempre desde el componente religioso. Y por último, en la parte emocional, PI se angustia porque nada le gusta y siente que está cayendo en una depresión.

### *Instrumentos de evaluación*

Como parte del proceso de evaluación e intervención realizado en el siguiente caso, se hizo uso de diversos instrumentos, los cuales unos son de marco legal, debido a que es una investigación única de un caso clínico y los otros están dirigidos a la recolección de datos cualitativa y cuantitativamente. En primera instancia, se emplearon dos formatos de consentimiento informado con el fin de dar a conocer a la paciente las características del proceso terapéutico a realizar. El primero formato (anexo 1) fue el consentimiento informado para el Centro de Proyección Social en el cual se le explica a la paciente que su proceso va a ser abordado por un psicólogo en práctica ya sea de pregrado o posgrado. Así mismo, se le indica que de ser necesario se le aplicarán algunas pruebas psicológicas con el fin de profundizar en el diagnóstico, y por último se destaca que el proceso es totalmente voluntario y por lo tanto puede retirarse cuando lo desee.

El otro formato de consentimiento informado (anexo 2) fue el firmado para la realización del estudio de caso con la paciente. En este formato se destaca igualmente la participación voluntaria, así mismo se indica que el proceso va a ser realizado por la psicóloga estudiante de la especialización en Psicología Clínica. De igual manera se informa que el proceso estará bajo la supervisión de un psicólogo asesor, respetando el derecho a la intimidad y confidencialidad, por lo cual se hará referencia en el caso a la paciente bajo el seudónimo de PI. Además, se le explica que la terapia estará regida por el código deontológico y bioético, establecido en la Ley 1090 del 2006, que rige el ejercicio psicológico en Colombia.

Por otra parte, para la recolección de información sobre el problema y los antecedentes del mismo, se hizo uso de dos modelos de historia clínica. La primera (anexo 3) es el modelo manejado desde el Centro de Proyección Social el cual se enfoca hacia el motivo de consulta, la descripción del problema actual de la paciente, antecedentes personales y familiares, el diagnóstico,



recomendaciones y una breve descripción de trabajo terapéutico realizado en cada sesión. En cuanto al segundo formato de historia clínica (anexo 4) el cual es abordado como parte del estudio de caso, este se enfoca hacia la historia personal y familiar teniendo especial orientación hacia la relación entre los diferentes integrantes de la familia, así como algunas pautas de crianza. Por otra parte se resalta la descripción del o los problemas presentes de la paciente, enunciando tiempo de inicio, factores precipitantes del problema, estrategias de afrontamiento y nivel cuantitativo de malestar generado por el problema. Y por último, se tiene en cuenta las expectativas de la paciente sobre la terapia.

En cuanto a instrumentos de evaluación, se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young (anexo 5), el Inventario de Pensamientos Automáticos (anexo 6) y la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (anexo 7). Se hizo uso de estos test ya que permiten conocer las ideas irracionales, distorsiones cognitivas predominantes en la paciente y las cuales la llevan a buscar apoyo emocional constante en los otros, y por ende a establecer relaciones afectivas asimétricas. Los test se describen a continuación:

*Cuestionario de Esquemas de Young YSG-L2:* este cuestionario es validado por Castrillón y col. (2005), tiene propiedades psicométricas para la población Colombiana y es una adaptación del cuestionario original desarrollado por Young y Brown (1994) citado en el artículo de Lemos, M y col. (2012). Este cuestionario posee un alfa de Cronbach de 0.9093 para la prueba total y de los factores entre el 0.71 y el 0.85.

El cuestionario consta de 45 ítems y evalúa 11 esquemas desadaptativos tempranos, los cuales son, abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1 o

hipercrítica, estándares inflexibles 2 o autoexigencia, inhibición emocional, derecho y entrapamiento.

*Inventario de Pensamientos Automáticos:* esta Escala fue elaborada por Ruiz y Lujan en 1991, con el fin de identificar los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en 15 distorsiones cognitivas correspondientes a, filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina. De acuerdo a la Escala, una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático, puede indicar que ese tema está afectando de manera importante, actualmente a la persona. Y una puntuación de seis o más en el total de cada distorsión, puede ser indicativo de que la persona presenta cierta tendencia a incomodarse por la manera de interpretar los hechos de la vida.

*Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck:* esta Escala evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico. Las creencias que se evalúan son:

**Aprobación:** la persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.

**Amor:** la persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

**Ejecución:** la persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos del resultado conseguido, expuesta a las situaciones que considere

como fracasos y excesivamente centrada en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión.

**Perfeccionismo:** la persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez y poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

**Derecho sobre otros:** la persona creerá de manera egocéntrica (centrada en si misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales. Será fácil presa de la ira.

**Omnipotencia:** la persona se creerá excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como “bebes” de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

**Autonomía:** la persona creerá que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte

### *Técnicas de intervención*

Las técnicas cognitivas implementadas en el siguiente caso desde la perspectiva de Beck, fueron, identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y supuestos o creencias personales; someter a prueba los pensamientos automáticos y los supuestos personales; ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento, y con esto, mejorar el autoconcepto. Como

método para el desarrollo de estas técnicas se trabajó desde el cuestionamiento o diálogo socráticos de los mismos en el momento de activación. Estas técnicas fueron ya descritas en el marco teórico que sustenta el estudio de caso.

### *Procedimiento*

El proceso terapéutico se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Proyección Social de Piedecuesta de la Universidad Pontificia Bolivariana, al cual acude particulares de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 del municipio de Piedecuesta y sectores aledaños, ya sea remitidos en el caso de los estudiantes por parte instituciones educativas o de modo voluntario debido a algún problema que estén presentando. La paciente identificada acude en busca de atención psicológica al CPS y en primera instancia es atendida por el psicólogo pasante quien se encarga de recolectar información sobre el motivo de consulta, los factores desencadenantes del problema y algunas estrategias de solución al problema. Esta información es registrada en un formato manejado en el CPS.

Una vez se hace recepción del caso se inicia el proceso de intervención con la psicóloga, y el cual se muestra de manera detallada en el anexo 8.

El proceso terapéutico se trabajó desde el enfoque cognitivo, en el que se tuvo en cuenta el proceso descrito a continuación, con el fin de lograr la identificación y modificación de los pensamientos irracionales que generaban el malestar en la paciente. El proceso se dividió a manera general en:

Sesión 1-2: socialización terapéutica

Sesión 3-10: identificación y modificación de pensamiento automáticos

Sesión 11-12: análisis de supuestos personales. Sesión 13: prevención de recaídas

## **Resultados**

A continuación se exponen los resultados del proceso de intervención realizado, primero se exponen los resultados sesión a sesión, seguido de los resultados de la paciente en los diferentes cuestionarios aplicados.

Sesión- Fecha	Objetivo de la sesión	Desarrollo	Tarea	Evaluación de la sesión
1. 7 de septiemb re de 2013	<p>-Establecer la relación terapéutica</p> <p>-Conocer el motivo de consulta</p> <p>-Evaluar las diferentes áreas de la paciente.</p>	<p>Inicialmente por medio de un diálogo cordial se conversa con la paciente sobre el motivo de consulta. Seguidamente se le explica los lineamientos del proceso de intervención los cuales quedan autorizados por ella mediante la firma de los consentimientos informados. (anexo 1 y 2)</p> <p>Luego, a través de una entrevista semi estructurada se amplía un poco más sobre el o los problemas actuales y se evalúa a la paciente desde sus diferentes áreas de desempeño (familiar, social, laboral, etc), para ello se hace uso de los formatos de historia clínica tanto del CPS como el implementado para la recolección de datos en el estudio de caso (anexo 3 y 4).</p> <p>En esta sesión fue importante trabajar en el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, basada en la empatía, la</p>	<p>Se deja como tarea para la casa que la paciente inicie el escrito de su historia de vida, destacando los eventos que ella considere más significativos de su infancia, adolescencia y adultez.</p>	<p>La paciente se muestra receptiva y con deseos de continuar el proceso terapéutico.</p> <p>Como logro principal de esta sesión, se establece una adecuada relación terapéutica, enmarcada en la empatía, el respeto y la colaboración entre las dos partes.</p> <p>Se considera importante seguir ahondando en la HC.</p>

		autenticidad, la aceptación, la cordialidad y la confianza, ya que esto permite un mejor desarrollo y obtención de resultados en el proceso de intervención.		
2. 14 de septiembre de 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer objetivos terapéuticos</li> <li>-Explicar el modelo cognitivo</li> <li>-Identificar esquemas desadaptativos</li> </ul>	<p>Conjuntamente con la paciente se establecen los objetivos de la terapia. Luego se le explica a la paciente desde el modelo cognitivo, la forma cómo influyen las cogniciones en las emociones, por lo que la terapia estará centrada principalmente hacia la modificación de las cogniciones perturbadoras que le generan las emociones de malestar.</p> <p>Finalmente, una vez se le informa de la utilidad de los test desde la terapia cognitiva, se aplica el cuestionario de esquemas de Young, para identificar los esquemas desadaptativos predominantes en la paciente.</p>	Continuar con el escrito de la historia de vida.	La paciente se muestra receptiva al proceso y colaboradora, lo cual lleva a un buen desarrollo de la sesión. Se identifican los esquemas desadaptativos.
3. 20 de septiembre	-Revisión historia de vida	Se revisa junto con la paciente la historia de vida, conversando y destacando los eventos más significativos en cada una de sus etapas	Autorregistro de pensamientos	De la socialización de eventos significativos, la

re de 2013	<p>-Socializar resultados test de esquemas</p> <p>-Entrenar en autorregistro</p>	<p>de desarrollo. Con esto se obtiene información sobre estilo de apego generado con sus progenitores, estilo de vida y fundamentos de la misma en la paciente.</p> <p>Posteriormente se socializan los resultados del cuestionario de esquemas, indicándole a la paciente los esquemas más puntuados y sobre los que se trabajarán.</p> <p>Finalmente, se explica que esos esquemas son producto de diversos pensamientos que mantienen los mismos, por lo cual es importante empezar a trabajar en identificar los pensamientos de los cuales no se es consciente, y para ello se inicia el entrenamiento en el registro de los mismos. Se muestra el modelo de autorregistro y cómo diligenciarlo. Durante la sesión, se hacen ejercicios con la paciente para elicitación de pensamientos automáticos y que ella reconozca cuáles son este tipo de pensamientos.</p>	automáticos según la técnica A-B-C	paciente trae a colación aspectos de su vida que la han marcado emocionalmente, los cuales se analiza la relación con su problemática actual.
---------------	--	--	------------------------------------	---



4. 28 de septiemb re de 2013	<p>-Disminuir el nivel de ansiedad generado por la separación temporal con su pareja</p> <p>-Entrenar a la paciente en técnicas de relajación</p>	<p>La paciente llega a consulta alterada manifestando estar muy preocupada y angustiada porque hace dos días discutió con su pareja y desde entonces no se han hablado. Ella refiere que no está comiendo ni durmiendo bien y la mayor parte del día se la pasa pensando sobre el estar separada de su pareja. Ella manifiesta no querer sentirse así y poder manejar más tranquilamente la situación, por lo que para lograr tranquilizarla primero se le aplica una técnica de relajación muscular.</p> <p>Se entrena a la paciente en el uso de este tipo de técnicas en momentos en los que experimente ansiedad. Así mismo, se le recomienda continuar con la práctica de ejercicio regular,</p>	<p>Se le recomienda a la paciente dedicar un momento del día a la práctica de la técnica de relajación muscular aprendida.</p>	<p>En esta sesión, el objetivo antes establecido de la sesión se replantea debido a la crisis de angustia de la paciente. De esta forma, para la terapeuta fue necesario ser flexible y dar atención al malestar de la paciente.</p>
5. 5 de octubre de 2013	<p>-Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos</p>	<p>Se revisa junto con la paciente el avance del autorregistro de pensamientos automáticos identificando que para la paciente ha resultado algo difícil identificar los</p>	<p>Autorregistro de pensamientos automáticos según la técnica A-B-C</p>	<p>Ante la dificultad de la paciente de identificar los PA se acude al inventario como guía para el</p>

	- Identificación de creencias irracionales y distorsiones cognitivas	de pensamientos automáticos en las situaciones perturbadoras. Ante esta situación se explica nuevamente cómo diligenciar el formato A-B-C, y se realizan algunos ejercicios en la sesión. Por último se le indica que para ayudar en la identificación de las cogniciones generadoras de malestar, se aplicarán dos pruebas, la Escala de Actitudes Disfuncionales e Inventario de Pensamientos Automático		trabajo terapéutico, sin embargo, se considera importante trabajar en la generación de estos por parte de PI, y que la terapeuta tenga la capacidad de identificarlos en el discurso.
6. 11 de octubre de 2013	-Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos -Análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con <i>Los Deberías</i>	de Se revisa el autorregistro identificando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan. A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo <i>“Debería estar bien y no tener este tipo de problemas”, “Él debería preocuparse más por mí”, “Debería recibir más cariño y atención de las personas que ayudo”,</i> generados ante una discusión con su pareja.		A nivel de terapeuta se considera importante mejorar el direccionamiento de la confrontación de los pensamientos con la realidad, ya que se tiende a hacer preguntas directivas y más de tipo por qué, con lo cual

			Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia <i>“Discutir con la pareja es algo normal que pase ya que no todo es perfecto, existen dificultades. Por tanto debo tomarlo con más calma”</i>		aunque la paciente logra replantear los pensamientos automáticos, no es el abordaje adecuado del proceso de reestructuración cognitiva. Por lo que el entrenamiento en el dialogo socrático se hace importante intensificar.
7. 18 de octubre de 2013	-Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos -Análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante relacionados	de de PA con	Se revisa el autorregistro identificando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan. A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo <i>“Si salgo con mi pareja es para el este sólo conmigo”</i> , <i>“No debe tratarme así si me quiere”</i> , <i>“No me trata como debería hacerlo”</i> , generados ante una salida a una		La paciente ha logrado ir reestructurando algunas ideas irracionales con lo cual su malestar ha disminuido. Por otra parte, se ha mejorado el uso del dialogo socrático

	<i>Falacia de justicia y control</i>		fiesta en la que la pareja baila aparte de la PI con otras amigas, por lo cual la PI se disgusta con su pareja y opta por sentarse y no bailar en toda la noche.  Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación.  En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia <i>“Mi felicidad no depende sólo de estar o no con él”, “Mi pareja no es exclusividad mía, yo no soy su dueña, y así como yo él también puede compartir con otras personas”</i>		como técnica para la modificación de los pensamientos automáticos.
8. 25 de octubre de 2013	Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos -Análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA	de de de y de PA	Se revisa el autorregistro identificando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan.  A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo <i>“todo se va, menos el dolor y la tristeza”, “es horrible que me pase todo esto”, “a veces siento que no puedo soportar más cosas”</i>		Se lleva a la paciente a un replanteamiento de las ideas irracionales, lo cual logra hacer y al mismo tiempo modificarlas teniendo en cuenta las evidencias que

	relacionados con <i>Filtraje</i>	generados ante terminación de su relación sentimental, debido a que han decidido junto con su pareja darse un tiempo. Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia <i>“En mi vida no todo han sido tristezas, también he vivido momentos agradables”, “sentir tristeza no es malo, lo malo es quedarme ahí y no avanzar”, “Yo soy la que decide cómo sentirme no sólo que la pase en mi vida, sino cómo lo tome”</i> .		tiene para no mantener las ideas distorsionadas.
9. 1 de noviemb re de 2013	-Evaluar el progreso de la terapia	Se realiza un feedback del proceso junto con la paciente, analizando cómo se ha sentido con la terapia y con la relación terapéutica. Además, con el fin de analizar el avance en el desarrollo de la terapia se aplica por segunda vez el Cuestionario de Esquemas de Young.		La paciente refiere sentirse a gusto con el proceso terapéutico. La terapeuta trabaja en que la paciente no genere dependencia al tto, ya que ha identificado ciertos

			Así mismo, la paciente hace una valoración de su mejoría de acuerdo a la escala de 1 a 10, siendo 1 nada satisfecha y 10 muy satisfecha.		apegos al mismo. Por lo que se trabaja en la autonomía de la paciente.
10.8 de noviemb re de 2013	-Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos -Análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con <i>Interpretación del pensamiento</i>	de de	Se revisa el autorregistro identificando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan. A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene y para mantener pensamientos del tipo “yo creo que a él no le gustó lo que yo le dije y que lo haya buscado”, “siempre todas las personas van con otras intenciones” generados ante ir a buscar al trabajo a su pareja para saber cómo está su ex esposa está internada en la UCI, y su ex pareja es algo frío en el saludo y poco comunicativo. Además, él opta por pedirle el favor de cuidar unos días a su hijo. Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación.		La paciente logra replantear ideas no acordes a la realidad que la llevan a sentirse mal constantemente.

		En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia <i>“No me debo sentir culpable porque en ese momento consideré importante saber cómo estaba él y su ex esposa”, “su reacción de pronto sea porque este preocupado por la salud de ella”</i>		
11.15 de noviemb re de 2013	-Analizar idea de relación afectiva  -Disminuir estándares de exigencia en la paciente	Se trabaja en la identificación de lo que significa una relación afectiva para la paciente, analizando cuestionamientos respecto a si una relación afectiva son dos personas que se quieren, por qué se quieren?, se presentan dificultades en la relación?, las parejas afectivas son para toda la vida?, qué las mantiene?  Igualmente se lleva a través de la confrontación a analizar si el nivel de exigencia que está teniendo hacia sí misma con el fin de mantener una imagen perfecta ante los demás, qué inconvenientes le puede traer, ya que la lleva a frustrarse al no ser retribuida de igual manera.		PI logra modificar ideas irracionales sobre lo que implica tener una relación afectiva, siendo un proceso fluido y de reconocimiento de ideas irracionales que la llevan a replantear su situación sentimental.  A nivel terapéutico, se reconoce la importancia de generar estrategias adecuadas para no el

				cuestionamiento que juzgue sino que lleve a la reflexión.
12. 22 de noviemb re de 2013	-Comprobar la validez de los supuestos personales	<p>Se identifica junto con la paciente y la revisión del autorregistro de pensamientos automáticos la creencia nuclear, la cual la lleva a manejar los esquemas de abandona y autosacrificio principalmente, y por ende desencadenan la problemática en el establecimiento de una relación afectiva.</p> <p>Como creencia nuclear se tiene <i>“tener una relación afectiva y tener intimidación sin el sacramento del matrimonio, es estar en pecado”</i>.</p> <p>Por medio del diálogo socrático se lleva a que la paciente se cuestione sobre la pertinencia de esta creencia, logrando con eso que ella pueda disfrutar de una relación afectiva armónica sin sentirse culpable por no estar casada. Así mismo, se confronta sobre qué necesitaría para lograr establecer una relación afectiva.</p>		Se logra junto con la paciente identificar los supuestos personales y confrontarlos con la realidad, pudiendo así PI, establecer un conjunto de ideas más racionales que le permitan mejorar su autoestima y de esta manera no depender sólo del apoyo emocional que alguien pueda ofrecerle.

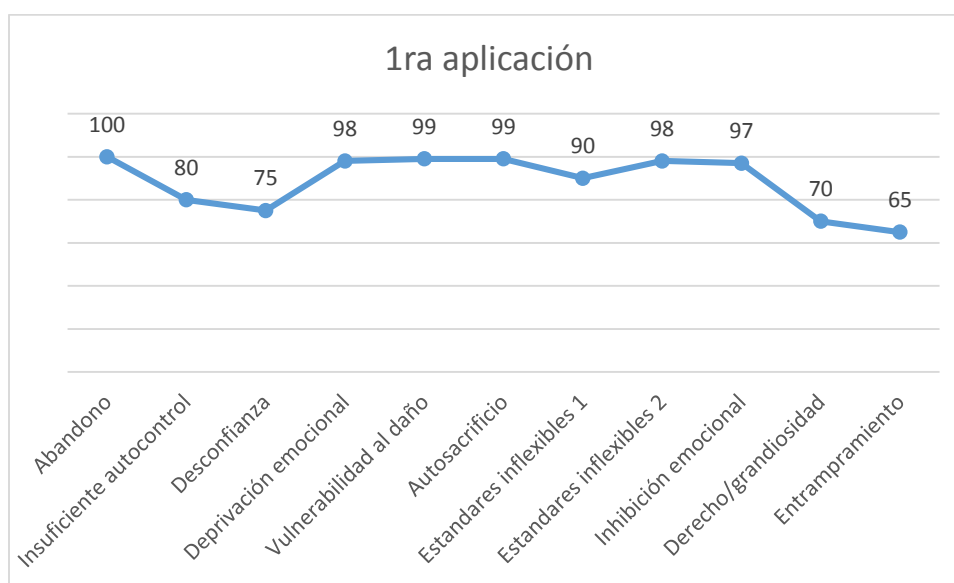


<p>13. 12 de diciembr e de 2013</p>	<p>-Prevenir recaídas</p>	<p>Se hace junto con la paciente un recuerdo explicativo del problema, es decir, resaltar la relación entre pensamientos y emociones. Luego se hace una revisión de las nuevas alternativas de pensamiento y de lo que ha conseguido con ellas, haciendo énfasis en mantenerlos y mejorarlos para conservar o aumentar los cambios logrados.</p> <p>Se destaca la probabilidad de que vuelva a experimentar problemas en la vida que pueden hacer que surjan dificultades.</p> <p>Posteriormente se hace una identificación de factores de riesgo para la generación de los sentimientos perturbadores.</p> <p>Finalmente, se elabora junto con la paciente una lista de estrategias útiles para afrontar el establecimiento de futuras relaciones de pareja.</p>		<p>La paciente manifiesta sentirse satisfecha con la terapia habiendo aprendido a manejar mejor la relación afectiva.</p> <p>Del proceso terapéutico se rescata el logro del objetivo terapéutico.</p>
---	---------------------------	---	--	--



De acuerdo a los objetivos terapéuticos del presente caso, los cuales están orientados hacia la reducción del malestar físico y emocional generado por la necesidad de apoyo emocional en la paciente, se hace necesario el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales.

Por tal motivo, en una primera instancia se lleva a cabo la identificación tanto de los principales esquemas como de las creencias predominantes en la paciente, para ello, se aplica al inicio del proceso terapéutico el Cuestionario de Esquemas de Young y la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck y el Inventario de Pensamientos Automáticos. En la Gráfica 1 se muestran los resultados del Cuestionario de Esquemas.



Gráfica 1. Resultado de la primera aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young en PI

De acuerdo con la gráfica, los esquemas con mayor puntuación son los esquemas de Abandono, Vulnerabilidad al daño, Autosacrificio, Deprivación Emocional, Estándares inflexibles 2 e Inhibición Emocional. En el anexo 9 se presenta el cuestionario diligenciado por la paciente en su primera aplicación.

El esquema de Abandono implica la sensación de que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección, debido a que son

emocionalmente inestables e impredecibles (Young, 1999). Es decir, la persona siente que los demás no tienen la suficiente estabilidad emocional que ellos requieren como apoyo, por lo que mantienen la creencia de que pueden ser abandonados por sus figuras significativas, lo cual les genera temor y preocupación constante. Las principales ideas agrupadas en este esquema son *“me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen”*, *“cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero”*, *“me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo”*, *“me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen”*, *“necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas”* y *“me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas”*. En el caso de la PI su principal preocupación es pensar que puede quedarse sola, ya que ella siente que necesita del apoyo emocional que le pueda brindar alguien.

En cuanto al esquema de Vulnerabilidad al daño, este se refiere hacia la creencia que tiene la persona de anticiparse ante eventos de tipo catastrófico e incontrolable, destacándose las de tipo médico, emocional y externas. Las ideas abordadas desde este esquema hacen referencia a *“me preocupa volverme un indigente o vago”*, *“me preocupa ser atacado”*, *“siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina”* y *“me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente”*. En la paciente la vulnerabilidad esta hacia la anticipación de eventos de tipo emocional principalmente, ya que teme y se angustia ante la idea de separarse de su figura de apoyo emocional, quien es su pareja afectiva.

En relación con el esquema de Autosacrificio, otro de los esquemas con mayor puntuación en la PI, este se refiere a la excesiva preocupación de la persona por satisfacer las necesidades de los demás aún acosta de las propias. Por tanto, la persona busca agradar a los demás, y de manera

voluntaria complacer a otros y por ende mantener la vinculación con las personas percibidas como necesarias. Se presenta la sensación de que las propias necesidades no se satisfacen adecuadamente y un resentimiento hacia aquellos que tiene bajo su cuidado (Castrillón y col. 2005). Esa no satisfacción de las propias necesidades, se da en el caso de PI porque siente que los demás no cumplen o retribuyen de igual manera como ella lo hace los favores o atenciones que ella tiene. Por lo que aun cuando procura siempre ser quien está al tanto de los demás, siente que ellos al final son poco agradecidos por no estar igualmente al tanto de ella, aunque ella justifica esto, en sentir que ella no es capaz de negarse nunca a ayudar a alguien y que su deber es hacer todo lo posible porque los demás estén bien. Las ideas en este esquemas son el tipo *“le doy más a los demás de lo que recibo a cambio”*, *“usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca”*, *“no importa qué tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros”* y *“siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo”*.

El esquema de Deprivación emocional, está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Este esquema contempla tres dimensiones de la privación: privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), privación de empatía (ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía). (Castrillón y col. 2005). Este esquema se relaciona con los anteriores esquemas, en la medida que la persona siente que su necesidad de apoyo emocional no está siendo satisfecha por las personas significativas, siendo junto con el esquema de abandono un factor de vulnerabilidad hacia el estado de ánimo depresivo. Es por ello, que se considera que la dependencia emocional puede desencadenar en un trastorno depresivo. Las ideas dentro de esquema de privación emocional son el tipo *“las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades*

*emocionales”, “por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo”, “la mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos” y “rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer”, “no puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente”.*

El esquema Estándares inflexibles 2, se refiere a un alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo manejado por la persona. Es la creencia de la persona porque debe alcanzar altos estándares de conducta y desempeño con los cual evite cualquier tipo de crítica. Este alto nivel de exigencia suele generar sentimientos de presión y dificultad para llevar un adecuado estilo de vida, llegando al punto de desencadenar deterioro significativo en cuanto al placer, la diversión, la salud, la autoestima o las relaciones satisfactorias. Por lo general, las personas con este tipo de creencias suelen manejar un sistema de reglas rígidas y “deberías” no realistas, con altas normas morales, éticas o religiosas (Castrillón y col. 2005). Las ideas que componen este esquema son del tipo *“me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden”, “tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo”, “trato de hacer lo mejor” y “no puedo conformarme con lo suficientemente bueno”.*

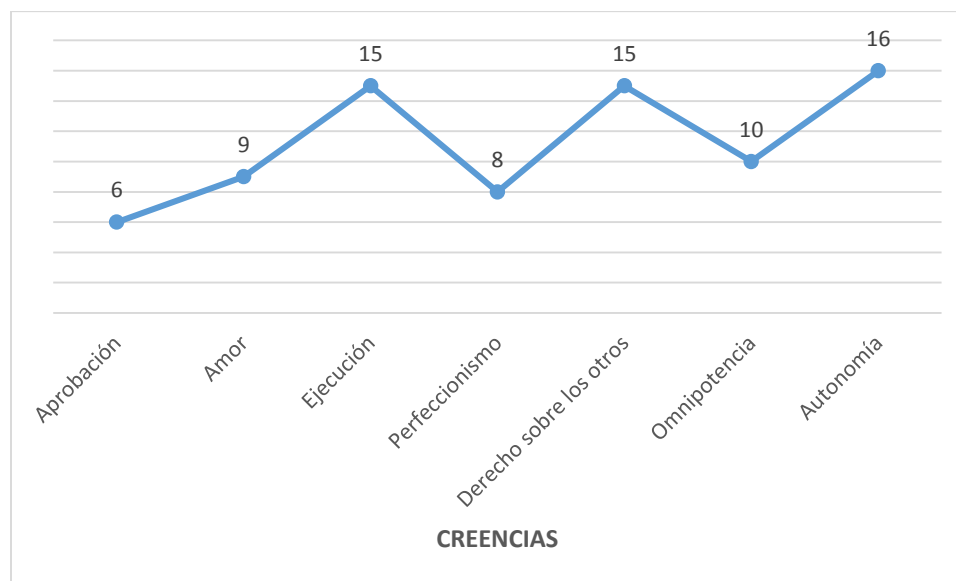
En cuanto a la paciente, ella considera que debe mantener estándares altos en cuanto a su actuar ya que esto le permite mantener una imagen “intachable” ante los demás, lo que representa la admiración de los otros que se convierte en un estímulo reforzador para ella.

Por último, otro de los esquemas con puntuación más significativa fue el de Inhibición emocional. Este esquema se refiere a la idea de la persona sobre que debe contenerse excesivamente al manifestar sus acciones y sentimientos, ya que teme la desaprobación de los demás. Las áreas más comunes de inhibición se centran en la inhibición de la ira y de la agresión,

además de la inhibición de los impulsos positivos como el disfrute, afecto, juego, excitación sexual; la dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias (Castrillón y col. 2005). Las principales ideas desde este esquema son del tipo *“me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros”*, *“me es difícil ser cálido y espontáneo”* y *“me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones”*.

Para la paciente reservar los sentimientos desagradables que le pueden generar diversos eventos con su pareja, garantiza que su pareja no se enoje o quiera alejarse de ella, ya que considera que para mantener el vínculo es importante complacer y no desagradar a su pareja.

Ahora bien, en cuanto a los resultados arrojados en la Escala de Actitudes Disfuncionales en la cual se evalúan las principales creencias, se encuentran los resultados evidenciados en la Gráfica 2.



Gráfica 2. Resultados Escala de Actitudes Disfuncionales de Weiisman y Beck en PI

De acuerdo con la gráfica, las creencias que se resaltan en PI son las de Ejecución, Derecho sobre los otros y Autonomía. La escala diligenciada por la paciente se puede ver en el anexo 10.

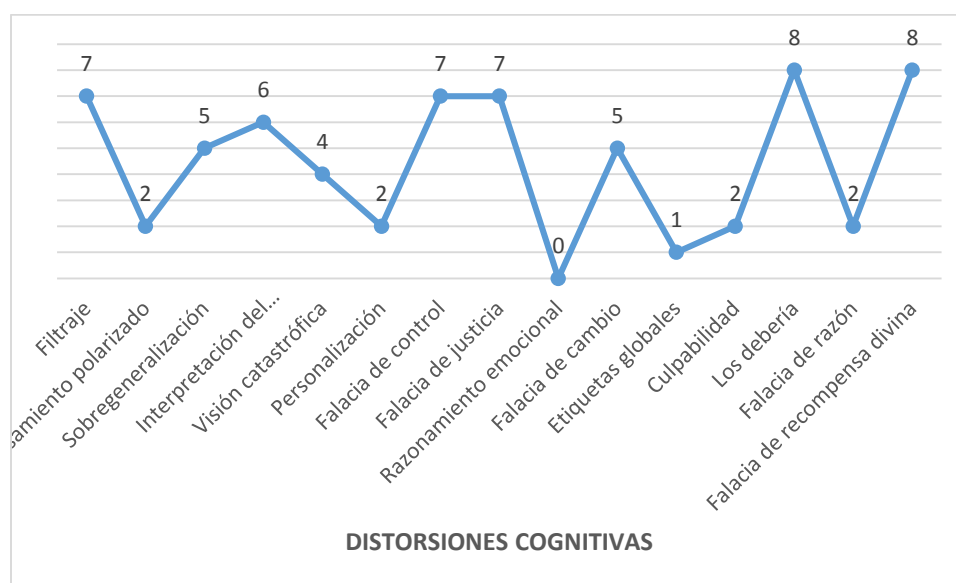
La creencia de Ejecución enfatiza hacia la idea que tiene la persona de ser muy competente en la consecución de resultados. Las principales ideas son del tipo *"Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida"*, *"Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido"*, *"Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen"*, *"No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior"* y *"Si fallo en mi trabajo soy un fracasado"*.

En cuanto a la creencia de Derecho sobre los otros, esta se refiere a que la persona considera que ella tiene unos derechos sobre los demás y los cuales deben corresponder. Las ideas que se enmarcan dentro de esta creencia son del tipo *"Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo"*, *"Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado"*, *"Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos"*, *"Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme"* y *"Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato"*.

Y por último, la creencia de Autonomía se refiere a que la persona cree que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que vive. No entendiendo de que dependen es de la forma en que son interpretados por ella. Las ideas relacionadas son del tipo *"No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo"*, *"No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria"*, *"Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado"*, *"Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda"* y *"La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas"*.



Una vez se identifican los esquemas y creencias predominantes en la paciente, se realiza la identificación para posterior modificación de los pensamientos automáticos y con ellos las distorsiones cognitivas que mantienen los esquemas y creencias. La identificación de los PA se realizó a través del Inventario de Pensamientos Automáticos y el autorregistro por parte de la paciente. En cuanto al Inventario las distorsiones cognitivas que se desatacan en la paciente se muestran en la Gráfica 3.



Gráfica 3. Resultados Inventario de Pensamientos Automáticos en la PI.

En la gráfica se muestran las principales distorsiones cognitivas puntuadas en la paciente las cuales son, Los Deberías, Falacia de Recompensa Divina, Filtraje, Falacia de justicia, Falacia de control e Interpretación del pensamiento. El inventario de pensamientos automáticos diligenciado por la paciente se muestra en el anexo 11.

Según los resultados del Inventario y teniendo en autorregistro de la paciente en el tiempo de la terapia, se abordaron Los Deberías, Falacia de justicia, Falacia de control y Filtraje.

Este tipo de distorsiones una vez identificadas se trabajó en su modificación según la técnica de registro de triple columna en la cual se plantea la situación, el pensamiento inicial y luego de la confrontación y búsqueda de validez de la idea que se somete a prueba, se genera una nueva alternativa de pensamiento acorde a la realidad.

En cuanto a Los Deberías se hizo el siguiente proceso:

*Situación* – discusión con la pareja

*Emoción* – angustia, tristeza

*Pensamiento inicial* - “Debería estar bien y no tener este tipo de problemas”, “Él debería preocuparse más por mí”, “Debería recibir más cariño y atención de las personas que ayudo”.

*Pensamiento modificado* - “Discutir con la pareja es algo normal que pase ya que no todo es perfecto, existen dificultades. Por tanto debo tomarlo con más calma”

*Conducta* – sentirse más tranquila

En cuanto a las distorsiones de Falacia e justicia y control se llevó a cabo el siguiente proceso:

*Situación* – en una fiesta la pareja de paciente aparte de bailar con ella, baila con otras amigas, por lo cual la PI se disgusta y opta por sentarse y no bailar en toda la noche.

*Emoción* – enfado

*Pensamiento inicial* – “Si salgo con mi pareja es para el este sólo conmigo”, “No debe tratarme así si me quiere”, “No me trata como debería hacerlo”.

*Pensamiento modificado* - “Mi felicidad no depende sólo de estar o no con él”, “Mi pareja no es exclusividad mía, yo no soy su dueña, y así como yo él también puede compartir con otras personas”

*Conducta* – permitir que tanto ella como su pareja tengan espacios para disfrutar de lo que a cada uno le gusta.

En relación a la distorsión de Filtraje se realizó el siguiente proceso.

*Situación* – Ruptura de la relación sentimental

*Emoción* - tristeza

*Pensamiento inicial* - “todo se va, menos el dolor y la tristeza”, “es horrible que me pase todo esto”, “a veces siento que no puedo soportar más cosas”

*Pensamiento modificado* - “En mi vida no todo han sido tristezas, también he vivido momentos agradables”, “sentir tristeza no es malo, lo malo es quedarme ahí y no avanzar”, “Yo soy la que decide cómo sentirme no sólo lo que la pase en mi vida, sino cómo lo tome”.

*Conducta* – Tomar la terminación de su relación sentimental como un proceso el cual puede aprender para mejorar emocionalmente.

Por último, la distorsión de Interpretación del pensamiento se abordó de la siguiente manera:

*Situación* - ir a buscar al trabajo a su pareja para saber cómo está su ex esposa está internada en la UCI, y su ex pareja es algo frío en el saludo y poco comunicativo.

*Emoción* - culpa

*Pensamiento inicial* - “yo creo que a él no le gustó lo que yo le dije y que lo haya buscado”, “siempre todas las personas van con otras intenciones”

*Pensamiento modificado* - “No me debo sentir culpable porque en ese momento consideré importante saber cómo estaba él y su ex esposa”, “su reacción de pronto sea porque este preocupado por la salud de ella”

*Conducta* – sentirse tranquila

La distorsión de interpretación del pensamiento se abordó luego de la segunda aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young (ver anexo 12) que arrojó los resultados expuestos en la Tabla 1, en la cual se relacionan los resultados de la primera aplicación con la segunda.

<b>ESQUEMAS</b>	<b>1ra aplicación</b>	<b>2da aplicación</b>
Abandono	100	96
Insuficiente autocontrol	80	85
Desconfianza	75	75
Deprivación emocional	98	94
Vulnerabilidad al daño	99	98
Autosacrificio	99	98
Estándares inflexibles 1	90	98
Estándares inflexibles 2	98	98
Inhibición emocional	97	94
Derecho/grandiosidad	70	90
Entrampramiento	65	97

Tabla 1. Resultados primera y segunda aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young

Esta segunda aplicación se hizo con el objetivo de conocer cómo iba el proceso terapéutico, ya que de esta manera se evidencia la disminución o no que los esquemas desadaptativos que generan el malestar significativo en la paciente.

De acuerdo a los resultados, se puede observar que los esquemas de abandono, privación emocional, vulnerabilidad al daño, autosacrificio e inhibición emocional son los que han disminuido principalmente, mientras que insuficiente autocontrol, estándar inflexible 1, derecho y entrapamiento han aumentado.

Al realizar la modificación de las distorsiones cognitivas de Los Deberías, Falacia de justicia, Falacia de control, Filtraje e Interpretación del pensamiento, se logra cumplir el objetivo terapéutico el cual se relaciona con el motivo de consulta de la paciente, que es manejar de una manera más tranquila las discusiones con su pareja, y con ello, la preocupación que le generaba sentirse sola. De ahí que el proceso terapéutico a partir de ese momento se enfocó hacia el reforzamiento de la noción de pareja afectiva y la generación de estrategias que le permitan el establecimiento de una relación afectiva sana.

Al finalizar el proceso se aplica por tercera vez el Cuestionario de Esquemas (ver anexo 13) arrojando los resultados expuestos en la tabla 2, en la que de igual manera se exponen los resultados tanto de la primera como de la segunda aplicación con el fin de mostrar comparativamente los cambios en cuanto al perfil cognitivo relacionado con la dependencia emocional de la paciente.

<b>ESQUEMAS</b>	<b>1ra aplicación</b>	<b>2da aplicación</b>	<b>3ra aplicación</b>
Abandono	100	96	70
Insuficiente autocontrol	80	85	70
Desconfianza	75	75	70
Deprivación emocional	98	94	90
Vulnerabilidad al daño	99	98	98
Autosacrificio	99	98	94
Estándares inflexibles 1	90	98	45
Estándares inflexibles 2	98	98	80
Inhibición emocional	97	94	80
Derecho/grandiosidad	70	90	35
Entrampramiento	65	97	1

Tabla 2. Comparación resultados Cuestionario de Esquemas de Young

Los resultados de la tercera aplicación del Cuestionario de Esquemas muestran una reducción notable en los esquemas de abandono, deprivación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 y 2 e inhibición emocional, que en la primera aplicación habían arrojado una alta puntuación. El único esquema que se mantuvo durante todo el proceso fue el de vulnerabilidad al daño.

De igual manera se aplicó por segunda vez la Escala de Actitudes Disfuncionales (ver anexo 14), para evaluar el proceso de modificación de creencias que mantienen la dependencia emocional, la comparación de resultados entre la primera y segunda aplicación del cuestionario se puede observar en la tabla 3.

<b>CREENCIA</b>	<b>1ra aplicación</b>	<b>2da aplicación</b>
Aprobación	6	6
Amor	9	6
Ejecución	15	9
Perfeccionismo	8	9
Derecho sobre los otros	15	8
Omnipotencia	10	6
Autonomía	16	3

Tabla 3. Comparación resultados Escala de Actitudes Disfuncionales

Los resultados muestran una disminución en la mayoría de creencias, destacándose principalmente las de ejecución, derecho sobre los otros y autonomía.

## **Discusión**

La dependencia emocional según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales no se considera como tal un trastorno mental, por lo que su clasificación se establece como un Trastorno de la personalidad no especificado, debido a que, aun cuando no cumple los criterios para un trastorno de la personalidad determinado, si “afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos; es persistente, inflexible y abarca numerosas situaciones personales y sociales; es de larga duración y de inicio temprano; y no se debe a otro trastorno mental, a los efectos de sustancias o a enfermedades médicas”( Castillo, A., 2008 p. 41).

Dado que uno de los principales componentes de afectación en la dependencia emocional es la cognición, el proceso de intervención en el estudio de caso expuesto se enfocó hacia la modificación del perfil cognitivo de la paciente que la llevaba a sentir la necesidad extrema de contar con el apoyo emocional de alguien, así en algunos aspectos no se sintiera del todo satisfecha con la relación afectiva.

En la evaluación realizada a la paciente y en relación con el marco teórico que sustenta el estudio de caso, fue posible determinar en la paciente creencias erróneas acerca del amor, de la vida en pareja y de sí mismo (Peele, 1985) citado por Moral, M., y Sirvent, C. (2009) que la llevaron a mantener una relación afectiva asimétrica en la que no primaba el goce y armonía sino la angustia constante ante una posible pérdida de la pareja.

Desde los tres componentes expuestos por Moral, (2006, 2007); Moral y Sirvent, (2008); Sirvent, (2000, 2004, 2006); Sirvent y Moral, (2007), se evidenció en la paciente a nivel adictofílico, la necesidad afectiva permanente, buscando establecer relaciones interpersonales que la llevaran a no sentir el vacío emocional que experimentaba estando sola; de ahí que ante la posibilidad de estar separada de su pareja experimentara angustia, preocupación constante



manifestados en dejar de comer, dormir y pensamientos frecuentes sobre la idea de que su relación se terminara. Esto mismo está en relación con los planteamientos de Moral, M., y Sirvent, C. (2009), que enuncian como principal característica del dependiente emocional, la necesidad de la presencia del otro, ya que esto le proporcionaba felicidad y tranquilidad, mientras que la ausencia le generaba angustia, lo cual le sucedía a la paciente.

A nivel vincular, se encontró en la paciente un rol de subordinación, ya que ella optaba por sacrificar sus gustos y demás por complacer los de su pareja. Y en el aspecto cognitivo, predominio de ideas de abandono, sentimientos negativos e inescapabilidad emocional. A esto mismo se suma lo expuesto por Moral, M., y Sirvent, C. (2009), sobre la necesidad de aprobación de los demás por lo cual la paciente constantemente busca la forma de agradar a las personas a través de los buenos actos que pueda realizar. Además, la paciente presenta antecedentes de carencias afectivas en la infancia, ya que desde temprana edad no contó con figuras de apoyo y protección estables, estableciéndose en ella desde lo expuesto por Mikulincer (2003), un estilo de apego ansioso ambivalente el cual evidencia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado.

Las características anteriormente expuestas fueron posibles de analizar de acuerdo a la información recolectada tanto de la historia personal de la paciente como del proceso de aplicación de test en el que se evidenció los esquemas y creencias predominantes en la paciente y que la llevaban a sentir la necesidad extrema de apoyo emocional.

Según estudios realizados por Lemos y col. (2012) y Lemos y col. (2007), en los cuales se identificaba el perfil cognitivo de personas dependientes emocionalmente, encontraron que el esquema predominante en este grupo de personas correspondía al de desconfianza y en cuanto a

las creencias las relacionadas con el trastorno de la personalidad dependiente y paranoide. Sin embargo, caso contrario ocurrió con la paciente del presente estudio de caso, ya que en ella según el Cuestionario de Esquemas predominan los esquemas de abandono, autosacrificio, inhibición emocional y estándares inflexibles, y las creencias de ejecución, derecho sobre los otros y autonomía. Esto puede ser entendido primero, teniendo en cuenta la creencia nuclear que mantenían las personas participantes de los estudios y la que sostiene la paciente identificada en este caso particular, ya que ella como creencia nuclear afirma que *“tener una relación afectiva y tener intimidad sin el sacramento del matrimonio, es estar en pecado”*, desprendiéndose el conjunto de ideas que mantienen esta creencia, las cuales hacen énfasis en los esquemas de abandono, autosacrificio, inhibición emocional y los estándares inflexibles, que llevan a la paciente por una parte a sentir temor por ser abandonada por lo que opta por tratar siempre de complacer y agradar a los demás, y en especial a su pareja afectiva, sacrificando sus propios gustos y necesidades, con el fin de mantener a su lado al que considera su apoyo emocional. Llegando al punto de manejar unos altos estándares de crítica y perfeccionismo, considerando que si es buena y hace todo bien tiene mayor acogida de los demás. Por tal razón, y en su papel de mujer y pareja abnegada opta por un rol de subordinación en el cual se le dificulta expresar lo que siente y piensa por temor a ser rechazada y por ende, termina accediendo a lo que estipule su pareja aun cuando ella no este del todo satisfecha, se conforma para no generar discusiones o una posible separación. Estos resultados representados en los esquemas predominantes en la paciente, reflejan las características de la dependencia emocional enunciadas anteriormente y expuestas por autores como Moral, (2006, 2007); Moral & Sirvent, (2008); Sirvent, (2000, 2004, 2006); Sirvent y Moral, (2007), y Moral, M., y Sirvent, C. (2009).

Ahora bien, en cuanto a las distorsiones cognitivas evidenciadas en los estudios de Lemos y col. (2007) y Lemos col. (2012), en el primero enuncian como las distorsiones en dependientes emocionalmente Los deberías, la falacia de control, falacia de cambio y falacia de justicia; y en el segundo la falacia de cambio. En el caso de PI, en el proceso de evaluación se identificaron Los deberías, recompensa divina, filtraje, falacia de justicia y falacia de control como las distorsiones cognitivas de mayor énfasis en ella.

Este resultado puede ser entendido ya que ella maneja unos altos estándares a nivel ético, moral y religioso que la llevan a esperar de forma precisa cómo sucedan ciertas cosas y el que no pase la intranquilizan. De ahí, que en cuanto a la relación de pareja siempre este esperando que pasen las cosas como ella quisiera y al no suceder genera problemas de tipo emocional, aunque cabe destacar que la paciente lo que espera que pase en la relación no se lo manifiesta a su pareja, son idealizaciones que ella presenta. Según Lemos, Londoño y Zapata (2007) es natural que el dependiente emocional juzgue su relación basado en unos estándares dados desde el amor romántico, imponiendo a su pareja *Deberías* en la relación, que se manifiestan en cierto control y en demandas afectivas en ocasiones excesivas e irracionales dentro de una relación madura. Así mismo esta distorsión puede verse representada en la expresión afectiva, demandando constantes muestras de afecto de la pareja que le den la seguridad sobre el amor que siente hacia ella (Lemos y Londoño, 2006).

Que en la paciente la recompensa divina sea la segunda distorsión más representativa, es entendible en el grado del alto componente religioso que ella maneja, y el cual se ve representado en su creencia nuclear.

Del proceso terapéutico realizado en el cual se modificó creencias irracionales acerca del amor, de los otros y de sí mismo, la paciente consigue por un parte y se diría como logro principal

el poder expresar lo que siente y piense sin temor de ser rechazada por su pareja o los demás, desligándose así del rol de subordinación el cual había adoptado. Esto hace que la paciente empiece a evaluar la conveniencia o no de su relación la cual debe estar acorde a lo que espera de una relación afectiva sana en la que los dos disfruten de compartir el uno con el otro de manera voluntaria, más no por necesidad de sentir el apoyo o compañía de alguien. Este proceso de modificación de esquemas y creencias llevó a la paciente a tomarse un tiempo en su relación afectiva, queriendo dedicar más tiempo a sí misma y sus hijos, fortaleciendo su autoestima.

Por otra parte, se minimiza el temor de ser abandonada y el cual la llevaba a hacer todo lo posible por agradar a su pareja y los demás con el fin de mantenerlos a su lado, esta disminución hizo que la paciente reconociera la importancia que tiene ella como ser humano y lo valiosa que es, sin necesidad de excederse y manejar un alto nivel de perfeccionismo en su actuar.

Finalmente, se destaca el cumplimiento de objetivos en el trabajo terapéutico realizado ya que este ayudó a la paciente a manejar de una manera acorde a la realidad su relación afectiva, superando satisfactoriamente los periodos en los que se separaba temporalmente de su pareja por discusiones por ejemplo, reconociendo esto como algo probable en una relación ya que existe la posibilidad de que no sea eterna y que esté exenta de dificultades. Esto se logró a través de la identificación de modificación de patrones de pensamiento disfuncionales presentes en la paciente identificada sobre el establecimiento de una relación de pareja, y la sustitución de éstos por patrones racionales y adaptativos, a través del análisis y modificación de esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos

## Referencias

- Aguado, H. y Silberman, R. (2004) La terapia cognitiva en acción: Estrategias para detectar y cambiar los pensamientos y supuestos. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. Vol. 2. P. 61-79. Disponible en <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/5%20LA%20TERAPIA%20COGNITIVA%20EN%20ACCION%20ESTRATEGIAS%20PARA.pdf>
- Beck, A. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. Congreso Virtual de Psiquiatría, conferencia. Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm).
- Castelló, J. (2002). *Tratamiento de la dependencia emocional en la mujer*. Ponencia presentada en el II Simposio Nacional de Adicción en la Mujer, Fundación Instituto Spiral, Madrid. Recuperado de <http://www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/Jorge%20Castelló.htm>
- Castillo, A. (2008) Dependencias emocionales: Definición, tipos, diagnóstico y tratamiento. Disponible en <http://www.escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/12/dependencias-emocionales.pdf>
- Castrillón, D., Chávez, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. A., et al. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.

- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A., y Terrones, M. (2004) Intervención cognitivo-conductual en un grupo de paciente mujeres con dependencia afectiva. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. Vol 2, p. 81-90 Disponible en <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/6%20INTERVENCION%20COGNITIVO-CONDUCTUAL%20EN%20UN%20%20GRUPO.pdf>
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2003) En la vanguardia de la terapia cognitivo conductual. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. Disponible en <http://cognitivoconductual.org/content.php?a=22>
- Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brower. Disponible en <http://www.edeslee.com/pdfs/9788433013785.pdf>
- Garrido, L. (2006) Apego, emoción, y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 38. Num 2. Pag. 493-507. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>>
- Hernández, E. (2014) La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Disponible en <http://www.ipsicoc.com/ppubdet.php?pubid=87&cpuid=3>
- Lemos, M. & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana De Psicología*, 9(2), 127-140.
- Lemos, M., Londoño, N. H. & Zapata, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- Lemos, M., Jaller, C., González, A. M., Díaz, Z. T. & De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Informes Psicológicos* 11(2), 395-404.

Ley número 1090 de 2006. Ministerio de la Protección social, recuperado de [http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2\\_UPB\\_MEDELLIN/PGV2\\_M030\\_PREGRADOS/PGV2\\_M030040020\\_PSICOLOGIA/CODIGO\\_ETICO/CODIGO%20DE ONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/CODIGO_ETICO/CODIGO%20DE ONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Edición

Martínez, P. (2006) El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. Vol. 20, p 165-193. Disponible en [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento\\_gestion/20/5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)

Ministerio de Salud (1993). Resolución N° 008430. Recuperado de [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

Moral, M. (2006). *Epidemiología y evaluación de las dependencias afectivas: acerca de una interpretación psicosociológica del placer voluptuoso de Artemisa*. Ponencia presentada en el I Encuentro Profesional de Dependencias Sentimentales o Afectivas, Madrid, España. Recuperada de <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/resumenes/marivi.pdf>

Moral, M. (2007). *Nuevas adicciones sin droga en la mujer del siglo XXI*. Ponencia presentada en el III Simposio Nacional de Adicción en la Mujer, Madrid, España. Recuperada de <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/IIISYMPOSIUM/resumenes/MVMoral.pdf>

Moral, M, y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, vol. 33, p. 145-167. Disponible en [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2\\_2.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_2.pdf)

- Moral, M. y Sirvent, C. (2009) Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891004>>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Ruiz, J. y Cano, J. (2002) *Manual de psicoterapia cognitiva*. R y C Editores.
- Sirvent, C. (2000). *Dependencias relacionales: codependencia, bidependencia, dependencia afectiva*. Ponencia presentada en el I Simposio Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, España. Recuperada de <http://www.fispiral.com.es/index.php/gestorpublicaciones/etiqueta/item/46-las-dependencias-relacionales-dependencia-emocional-codependencia-y-bidependencia>
- Sirvent, C. (2004). La adicción al amor y otras dependencias sentimentales. En Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones, *Libro de actas* p. 159-161. Chiclana, España: Servicio Provincial de Drogodependencias.
- Sirvent, C. (2006). *Clasificación y sintomatología diferencial de las dependencias sentimentales y coadicciones*. Documento presentado en el I Encuentro Profesional de Dependencias Sentimentales o Afectivas, Madrid, España. Disponible en <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/resumenes/Carlos%20Sirvent.pdf>
- Sirvent, C., & Moral, M. V. (2007a). La dependencia sentimental o afectiva. *Anales de Psiquiatría*, vol 23, p 95-96. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/adicciones/la-dependencia-sentimental-o-afectiva/>
- Wright J. y Beck A. (s.f) *Terapia Cognitiva. Tratado de Psiquiatría*, Asociación Psiquiátrica Americana - A.P.A., Ancora S.A., Barcelona.



Young, J. (1999). *Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad: una aproximación centrada en esquemas* (3.<sup>a</sup> ed.). New York: Departamento de Psiquiatría, Universidad de Columbia.

## Anexo 1.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO CPS



CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE  
PIEDECUESTA  
Servicio de Psicología

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el Centro de Proyección Social de Piedecuesta se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar la intervención de \_\_\_\_\_ quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día \_\_\_\_\_, En presencia del pasante/practicante de psicología \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
Consultante

\_\_\_\_\_  
Psicólogo en prácticas /pasantía

\_\_\_\_\_  
Psicólogo Asesor

C.C. \_\_\_\_\_

T.P. \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO DE CASO

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, estoy dispuesta (o) a participar voluntariamente en el proceso terapéutico diseñado y ejecutado por la psicóloga, estudiante de especialización Erika Marcela Ramos Bustos. Estoy informada (o) de que durante el proceso se me administrarán las pruebas psicológicas pertinentes, con el fin de investigar sobre mis pautas comportamentales; lo que se hará dentro del protocolo técnico establecido para cada una, y se me entregará un informe de resultados personalizado.

Entiendo que dentro del proceso académico de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, se llevarán a cabo sesiones de socialización de la información que yo suministro, en las cuales se respetará mi derecho a la intimidad, y que la información compartida con el docente, tendrá un manejo profesional tendiente al mejoramiento del proceso terapéutico que se desarrolla.

Autorizo a la psicóloga Erika Ramos, para que en alguna situación en la que esté en riesgo mi propia vida o la vida de alguien más, con base en la información que yo suministre durante consulta, informe a \_\_\_\_\_ al teléfono \_\_\_\_\_.

Se me ha informado que cualquier diagnóstico referido en mi historia clínica, será dado teniendo en cuenta los parámetros del manual diagnóstico DSM IV, y que el plan de intervención se establecerá según el marco teórico y técnico del enfoque conductual. Adicionalmente, sé que la psicóloga Erika Ramos, podrá interrumpir el proceso terapéutico ante la situación en que se requiera y también, que yo estoy en el derecho de interrumpir mi participación en cualquier momento, sin recibir represarías por ello.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.


---


Erika M. Ramos Bustos  
Psicóloga  
T.P:127208

---

Consultante



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p><b>FORMATO HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL</b> Codigo: FO - 405 - 007 Versión: 1 Página 2 de 5</p>
2.3 Descripción de la situación actual:	
<b>3. ANTECEDENTES PERSONALES</b>	
<b>4. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p align="center"><b>FORMATO HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL</b></p> <p align="center">Código: FO - 405 - 007 Versión: 1 Página 3 de 5</p>	
<p align="center"><b>5. DIAGNOSTICO</b></p>		

## Anexo 4.

## HISTORIA PERSONAL DE LA PACIENTE

## Datos de identificación

Nombre: PI    Edad: 48 años    Estado civil: soltera    N° hijos: 2

Ocupación: ama de casa y modistería    Estudios: primaria completa

Padre: fallecido

Madre: fallecida

N° Hermanos: 10

*-Algún detalle significativo sobre los hermanos/as:* “en la infancia fue poco lo que compartí con ellos, ya que todos al cumplir la mayoría de edad se fueron de la casa y yo quedé sola con mis padres. Actualmente de los 10 hermanos, sólo me comunico esporádicamente con 3 de ellos”.

*-Si no fue criado por sus progenitores, ¿quién se encargó de su crianza y durante cuántos años?:*” fui criada por mis padres, viví con ellos hasta los 24 años que fue cuando me casé”.

*-Describa la personalidad de su padre (o sustituto del mismo) y su actitud hacia usted (pasada y presente):* “la relación con mi padre fue siempre distante, ya que él se encargaba exclusivamente de proveer económicamente lo necesario para la familia. La comunicación era poca, parecía que cada quien estaba pendiente de sus cosas, no compartíamos mucho”.

*-Describa la personalidad de su madre (o sustituto del mismo) y su actitud hacia usted (pasada y presente):* “al igual que con mi padre, la relación con mi madre fue distante, de poca confianza, yo era muy reservada con mis cosas ya que no sentía la cercanía para contárselas. Y me daba cierta pena qué fuera a pensar”.

*-¿De qué forma le castigaron o impusieron disciplina sus progenitores?:*” yo fui una hija que poco di quehacer, y las veces que me reprendían o me pegaban o a veces me ignoraban”.

*-Describa una impresión de la atmósfera de su casa (el hogar en el que creció). Mencione el grado de compatibilidad entre sus progenitores y entre los hijos/as:* “Siento que aunque mi familia fue o es numerosa, no somos una familia como tal. Cada quien se enfocó en sus planes y no hubo un vínculo de amor entre todos”.

*¿Podía confiar en sus progenitores?* “Yo creo que si podía, pero no lo hacía por temor a qué pensarán, una que otra vez les contaba cosas, pero ellos por lo general no se involucraban en nada”.

*¿Se sintió básicamente querido y respetado por sus progenitores?* “Sí. Ellos siempre trataron de que yo estuviera bien”.

*Si alguno de sus progenitores volvió a casarse, ¿cuál era su edad cuando se produjo este nuevo matrimonio?* Ninguno se volvió a casar

*¿Ha interferido alguien (progenitores, familiares, amigos) en su matrimonio, ocupación, etc.? No*

*Puntos fuertes en sus estudios: yo siempre he sido muy responsable en lo que debo hacer*

*Puntos débiles en sus estudios: “pienso que tal vez el querer que todo me saliera bien, tiendo a ser perfeccionista y me exijo mucho, lo que me llevaba a frustrarme seguido”*

*¿Cuál fue el último curso que completó (o título)?: quinto primaria*

*¿Qué características considera podrían aplicarse a su infancia/adolescencia?: “poco afecto, era como una niña grande, tranquila”*

## DESCRIPCION DE LOS PROBLEMAS PRESENTES

*Exponga en sus propias palabras la naturaleza de su principal problema: “siempre me pasa que cuando tengo problemas con mi pareja me inquieto mucho, me pongo muy mal, no puedo comer y dormir bien pensando en qué estará pensando él. A veces no quisiera tener que irlo a buscar pero no soy capaz de estar distanciada de él, y por eso siempre soy yo la que termina cediendo y yendo a buscarlo, no entiendo por qué me siento así”*

*“Me siento muy mal y quiero ser capaz de manejar esa como ansiedad que me da, desde hace 3 años que mi segunda pareja murió, ahora pienso que cualquier persona se puede ir... he vivido tantas cosas que no se si resumirlas porque eso viene de antes”.*

*En la siguiente escala, estime la gravedad de su problema (s):*

*Levemente molesto \_\_ Moderadamente molesto \_\_ Muy grave \_X\_ Extremadamente grave \_\_ Totalmente incapacitante \_\_*

*¿Cuándo o empezó a sentir el problema?: “llevo año y medio con mi actual pareja, al principio estuvo todo muy bien porque no teníamos problemas, pero hace como 6 meses siento que es más mi angustia”.*

*¿Qué parece empeorar su problema?: “cada vez que discutimos es que me intranquilizo, y eso es lo que quiero poder manejar”*

*¿Qué ha probado que haya sido de utilidad? “nada me ha funcionado, no he sido capaz de manejar esa angustia que me da el sentir que él no esta conmigo”*

*¿Cuán satisfecho se siente con su vida en general durante estos días?*

Nada satisfecho 1    2    **3**    4    5    6    7    Muy satisfecho

*¿Cómo valoraría su nivel general de tensión durante el mes pasado?*

Relajado    1    2    3    4    **5**    6    7    Tenso



## EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA

*En pocas palabras ¿cómo cree que va a transcurrir esta terapia?* “yo espero que me enseñe a manejar esa angustia o preocupación que me da cuando estoy distanciada de mi pareja. No quiero sentir eso, quiero aprender a manejar mejor la situación, además es que no sé porque me pongo así”

*¿Qué duración cree que debería tener la terapia?* “no sé, el tiempo que sea necesario”

## EVALUACIÓN POR ÁREAS

Área cognitiva: temor de sentirse sola, a la separación. Exigencia en los resultados personales.

Área afectiva: sensación de tristeza al sentir que no recibió de su familia el afecto o cariño que hubiese querido. Ha tenido en su vida tres relaciones sentimentales, de las cuales 2 han terminado por hechos que a la paciente han marcado notablemente (infidelidad, muerte). Su afecto varía de acuerdo a lo que pase a su alrededor, de ahí que oscile entre la tristeza, la alegría, la angustia, la desesperación, etc.

Área somática: reducir la ingesta de alimentos y dificultades en el sueño cuando se distancia de su pareja. No padece ninguna enfermedad ni tiene antecedentes de alguna.

Área interpersonal: se considera buena amiga aunque es de pocas amistades. Las actividades sociales que suele frecuentar son un grupo de aeróbicos y la misa.

Área espiritual: la paciente resalta el área espiritual como una de las más importantes en su vida, ya que orienta su actuar y principalmente en el área afectiva, de acuerdo a los lineamientos cristianos.

## CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV

Eje I. No se identifica alguno

Eje II. Trastorno de la personalidad no especificado

Eje III. Ninguna

Eje IV. Carencia afectiva

Eje V. EEAG 60

## Anexo 5.

## CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG

## CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L,\*

D. Castrillón, I. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestro, C. Martín, M. Schmitter (2008)

Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)

Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, MEd. Copyright, 1990. N° Protocolo

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino (\_\_\_) Femenino (\_\_\_)

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Estatus socioeconómico: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

## INSTRUCCIONES

Empezamos aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lee cada frase y decide que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piensa que es correcto.

	1	2	3	4	5	6
	Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1. Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.						
2. Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.					1	2 3 4 5 6
3. La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuchara, me comprendiera o esté sincronizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.					1	2 3 4 5 6
4. Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.					1	2 3 4 5 6
5. Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.					1	2 3 4 5 6
6. Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.					1	2 3 4 5 6
7. Me aflige cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto periodo de tiempo.					1	2 3 4 5 6
8. No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.					1	2 3 4 5 6
9. Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieren, y me dejen.					1	2 3 4 5 6
10. Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.					1	2 3 4 5 6
11. Me siento tan indiferente(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.					1	2 3 4 5 6
12. Si alguien se comporta muy amable conmigo, siento que esa persona debe estar buscando algo.					1	2 3 4 5 6
13. Me da una gran dificultad confiar en la gente.					1	2 3 4 5 6
14. Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.					1	2 3 4 5 6

Continúa

\* Ítems con propiedades psicométricas en una muestra Colombiana de 1419 estudiantes universitarios.

## Continuación

15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverse un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverse indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controló tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia siento placer y felicidad por alcanzarse mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarla.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

## Anexo 6.

## INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

## INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0= Nunca pienso eso
- 1= Algunas veces lo pienso
- 2= Bastante veces lo pienso
- 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.....	0 1 2 3
Solamente me pasan cosas malas.....	0 1 2 3
3.Todo lo que hago me sale mal.....	0 1 2 3
4.Sé que piensan mal de mi.....	0 1 2 3
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?.....	0 1 2 3
6.Soy inferior a la gente en casi todo.....	0 1 2 3
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.....	0 1 2 3
8.¡No hay derecho a que me traten así!.....	0 1 2 3
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....	0 1 2 3
10.Mis problemas dependen de los que me rodean.....	0 1 2 3
11.Soy un desastre como persona.....	0 1 2 3
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.....	0 1 2 3
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas.....	0 1 2 3
14.Sé que tengo la razón y no me entienden.....	0 1 2 3
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.....	0 1 2 3
16.Es horrible que me pase esto.....	0 1 2 3
17.Mi vida es un continuo fracaso.....	0 1 2 3
18.Siempre tendré este problema.....	0 1 2 3
19.Sé que me están mintiendo y engañando.....	0 1 2 3
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?.....	0 1 2 3
21.Soy superior a la gente en casi todo.....	0 1 2 3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....	0 1 2 3
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....	0 1 2 3
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.....	0 1 2 3
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.....	0 1 2 3
26.Alguien que conozco es un imbecil.....	0 1 2 3
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa.....	0 1 2 3
28.No debería de cometer estos errores.....	0 1 2 3
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto.....	0 1 2 3
30.Ya vendrán mejores tiempos.....	0 1 2 3
31.Es insoportable, no puedo aguantar más.....	0 1 2 3
32.Soy incompetente e inutil.....	0 1 2 3

## Anexo 7.

## ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegurese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

- **Totalmente en desacuerdo = 0**
- **Moderadamente en desacuerdo = 1**
- **Dudoso = 2**
- **Moderadamente de acuerdo = 3**
- **Completamente de acuerdo = 4**

1.Ser criticado hace que la gente se sienta mal	0 1 2 3 4
2.Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas	0 1 2 3 4
3.Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten	0 1 2 3 4
4.Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo	0 1 2 3 4
5.Mi valor como persona depende , en gran medida, de lo que los demás piensen de mi	0 1 2 3 4
6.No puedo ser feliz si no me ama alguien	0 1 2 3 4
7.Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz	0 1 2 3 4
8.Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo	0 1 2 3 4
9.Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante	0 1 2 3 4
10.El aislamiento social conduce a la infelicidad	0 1 2 3 4
11.Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida	0 1 2 3 4
12.Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido	0 1 2 3 4
13.Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen	0 1 2 3 4
14.No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior	0 1 2 3 4
15.Si fallo en mi trabajo soy un fracasado	0 1 2 3 4
16.Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje	0 1 2 3 4
17.Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno	0 1 2 3 4
18.Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace	0 1 2 3 4
19.Si cometo un error debo sentirme mal	0 1 2 3 4
20.Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón	0 1 2 3 4
21.Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo	0 1 2 3 4
22.Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado	0 1 2 3 4

23.Si antepongo las necesidad de los demás a las mías, me ayudaran cuando necesite algo de ellos	0 1 2 3 4
24.Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme	0 1 2 3 4
25.Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato	0 1 2 3 4
26.Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí	0 1 2 3 4
27.Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado	0 1 2 3 4
28.Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite	0 1 2 3 4
29.Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante	0 1 2 3 4
30.Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo	0 1 2 3 4
31.No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo	0 1 2 3 4
32.No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte valida e inevitable de la vida diaria	0 1 2 3 4
33.Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado	0 1 2 3 4
34.Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda	0 1 2 3 4
35.La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas	0 1 2 3 4

### *Claves de corrección*

Suma el total para cada grupo de creencias:

1 .Aprobación:	De la actitud 1 a la 5	Total=
2 .Amor:	De la actitud 6 a la 10	Total=
3 .Ejecución:	De la actitud 11 a la 15	Total=
4 .Perfeccionismo:	De la actitud 16 a la 20	Total=
5 .Derecho sobre los otros:	De la actitud 21 a la 25	Total=
6 .Omnipotencia:	De la actitud 26 a la 30	Total=
7. Autonomía:	De la actitud 31 a la 35	Total=

## Anexo 8.

## PROCESO TERAPEÚTICO

## SESIÓN 1.

Objetivos: establecer la relación terapéutica; conocer el motivo de consulta e identificar objetivos de la paciente respecto a la terapia; evaluar las diferentes áreas de la paciente.

Procedimiento: Inicialmente por medio de un diálogo cordial se conversa con la paciente sobre el motivo de consulta. Seguidamente se le explica los lineamientos del proceso de intervención los cuales quedan autorizados por ella mediante la firma de los consentimientos informados. (anexo 1 y 2)

Luego, a través de una entrevista semi estructurada se amplía un poco más sobre el o los problemas actuales y se evalúa a la paciente desde sus diferentes áreas de desempeño (familiar, social, laboral, etc), para ello se hace uso de los formatos de historia clínica tanto del CPS como el implementado para la recolección de datos en el estudio de caso (anexo 3 y 4).

En esta sesión fue importante trabajar en el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, basada en la empatía, la autenticidad, la aceptación, la cordialidad y la confianza, ya que esto permite un mejor desarrollo y obtención de resultados en el proceso de intervención.

Se deja como tarea para la casa que la paciente inicie el escrito de su historia de vida, destacando los eventos que ella considere más significativos de su infancia, adolescencia y adultez.

## SESIÓN 2.

Objetivos: establecer objetivos terapéuticos; explicar el modelo cognitivo; identificar esquemas desadaptativos.

Procedimiento: conjuntamente con la paciente se establecen los objetivos de la terapia, los cuales van centrado primero hacia el manejo de los síntomas generados ante el distanciamiento con su pareja. Para ello y siguiendo la terapia cognitiva, se acuerda junto con la paciente la importancia de identificar los pensamientos o ideas irracionales que la llevan a sentirse de tal manera,

explicándole a la paciente la forma cómo influyen las cogniciones en las emociones, por lo que la terapia estará centrada principalmente hacia la modificación de las cogniciones perturbadoras que le generan las emociones de malestar.

Se deja como tarea continuar con el escrito de la historia de vida.

Finalmente, una vez se le informa de la utilidad de los test desde la terapia cognitiva, se aplica el Cuestionario de esquemas de Young.

### SESIÓN 3

Objetivos: revisión historia de vida; socializar resultados cuestionario de esquemas; entrenar a la paciente en autorregistro de pensamientos automáticos

Procedimiento: se revisa junto con la paciente la historia de vida, conversando y destacando los eventos más significativos en cada una de sus etapas de desarrollo. Con esto se obtiene información sobre estilo de apego generado con sus progenitores, estilo de vida y fundamentos de la misma en la paciente. Descubriendo carencias afectivas desde la infancia, ya que en el grupo primario no se promovió el vínculo familiar como fuente de apoyo emocional.

Posteriormente se socializan los resultados del cuestionario de esquemas, indicándole a la paciente los esquemas más puntuados y sobre los que se trabajarán.

Finalmente, se explica que esos esquemas son producto de diversos pensamientos que mantienen los mismos, por lo cual es importante empezar a trabajar en identificar los pensamientos de los cuales no se es consciente, y para ello se inicia el entrenamiento en el registro de los mismos. Se muestra el modelo de autorregistro y cómo diligenciarlo. Durante la sesión, se hacen ejercicios con la paciente para elicitación de pensamientos automáticos y que ella reconozca cuáles son este tipo de pensamientos.

Como tarea se deja el autorregistro de pensamientos automáticos según la técnica A-B-C



## SESIÓN 4

Objetivos: disminuir el nivel de ansiedad generado por la separación temporal con su pareja; entrenar a la paciente en técnicas de relajación.

Procedimiento: para esta sesión estaba la revisión del autorregistro de pensamientos automáticos, sin embargo, la paciente llega a consulta alterada manifestando estar muy preocupada y angustiada porque hace dos días discutió con su pareja y desde entonces no se han hablado. Ella refiere que no está comiendo ni durmiendo bien y la mayor parte del día se la pasa pensando sobre el estar separada de su pareja. Manifiesta no querer sentirse así y poder manejar más tranquilamente la situación, por lo que para lograr tranquilizarla se le aplica una técnica de relajación muscular. Se hace uso primero de una técnica de respiración, seguido de un ejercicio de relajación mental con el cual la paciente logre tranquilizarse y sacar de su mente todos aquellos pensamientos no deseados o que le generan malestar.

Se entrena a la paciente en el uso de este tipo de técnicas en momentos en los que experimente ansiedad. Así mismo, se le recomienda continuar con la práctica de ejercicio regular.

## SESIÓN 5

Objetivos: revisión de autorregistro de pensamientos automáticos.

Procedimiento: se revisa junto con la paciente el avance del autorregistro de pensamientos automáticos identificando que para la paciente ha resultado algo difícil registrar los pensamientos automáticos en las situaciones perturbadoras.

Ante esta situación se explica nuevamente cómo diligenciar el formato A-B-C, y se realizan algunos ejercicios en la sesión.

Por último se le indica que para ayudar en la identificación de las cogniciones generadoras de malestar, se aplicarán la escala de actitudes disfuncionales para identificar las creencias irracionales, y el inventario de pensamientos automáticos para identificar las distorsiones cognitivas, sobre los cuales continuará el trabajo terapéutico.

## SESIÓN 6.

Objetivos: revisión de autorregistro de pensamientos automáticos; análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con *Los Deberías*.

Procedimiento: se revisa el autorregistro de PA que ha realizado la paciente, resaltando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan.

A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo “*yo no debería preocuparme tanto*”, “*él debería ser más atento conmigo porque pareciera que no me quiere*” generados ante una discusión con su pareja.

Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento por medio del cuestionamiento acerca de la validez del anterior pensamiento y enuncia como pensamiento modificado “*Discutir con la pareja es algo normal que pase ya que no todo es perfecto, existen dificultades. Por tanto debo tomarlo con más calma*”.

A manera de ejercicio se diligencia junto con la paciente el registro de triple columna de la siguiente manera:

*Situación* – discusión con la pareja

*Emoción* – angustia, tristeza

*Pensamiento inicial* - “yo no debería preocuparme tanto”, “él debería ser más atento conmigo porque pareciera que no me quiere”

*Pensamiento modificado* - “Discutir con la pareja es algo normal que pase ya que no todo es perfecto, existen dificultades. Por tanto debo tomarlo con más calma”

*Conducta* – sentirse más tranquila

## SESIÓN 7.

Objetivos: revisión de autorregistro de pensamientos automáticos; análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con *Falacia de justicia y control*.

Se revisa el autorregistro identificando los principales pensamientos perturbadores y las situaciones que lo generan. Sin embargo, se identifica que la paciente ha tenido dificultad en el registro de los pensamientos ya que no ha seguido el modelo A-B-C en el cual ha sido entrenada, argumentando que no tiene la disciplina de hacer los registros en las situaciones. Ante esto, se opta

por continuar el entrenamiento en autorregistro y continuar el trabajo teniendo como guía los PA más puntuados en el inventario.

A través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo *“Si salgo con mi pareja es para el este sólo conmigo”*, *“No debe tratarme así si me quiere”*, *“No me trata como debería hacerlo”*, generados ante una salida a una fiesta en la que la pareja baila aparte de la PI con otras amigas, por lo cual la PI se disgusta con su pareja y opta por sentarse y no bailar en toda la noche.

Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia *“Mi felicidad no depende sólo de estar o no con él”*, *“Mi pareja no es exclusividad mía, yo no soy su dueña, y así como yo él también puede compartir con otras personas”*

A manera de ejercicio se diligencia junto con la paciente el registro de triple columna de la siguiente manera:

*Situación* – en una fiesta la pareja de paciente aparte de bailar con ella, baila con otras amigas, por lo cual la PI se disgusta y opta por sentarse y no bailar en toda la noche.

*Emoción* – enfado

*Pensamiento inicial* – *“Si salgo con mi pareja es para el este sólo conmigo”*, *“No debe tratarme así si me quiere”*, *“No me trata como debería hacerlo”*.

*Pensamiento modificado* - *“Mi felicidad no depende sólo de estar o no con él”*, *“Mi pareja no es exclusividad mía, yo no soy su dueña, y así como yo él también puede compartir con otras personas”*

*Conducta* – permitir que tanto ella como su pareja tengan espacios para disfrutar de lo que a cada uno le gusta.

## SESIÓN 8.

Objetivos: análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con *Filtraje*

Procedimiento: a través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo *“todo se va, menos el dolor y la tristeza”*, *“es horrible*

*que me pase todo esto*”, “*a veces siento que no puedo soportar más cosas*” generados ante terminación de su relación sentimental, debido a que han decidido junto con su pareja darse un tiempo.

Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia “*En mi vida no todo han sido tristezas, también he vivido momentos agradables*”, “*sentir tristeza no es malo, lo malo es quedarme ahí y no avanzar*”, “*Yo soy la que decide cómo sentirme no sólo que la pase en mi vida, sino cómo lo tome*”.

A manera de ejercicio se diligencia junto con la paciente el registro de triple columna de la siguiente manera:

*Situación* – Ruptura de la relación sentimental

*Emoción* - tristeza

*Pensamiento inicial* - “*todo se va, menos el dolor y la tristeza*”, “*es horrible que me pase todo esto*”, “*a veces siento que no puedo soportar más cosas*”

*Pensamiento modificado* - “*En mi vida no todo han sido tristezas, también he vivido momentos agradables*”, “*sentir tristeza no es malo, lo malo es quedarme ahí y no avanzar*”, “*Yo soy la que decide cómo sentirme no sólo lo que la pase en mi vida, sino cómo lo tome*”.

*Conducta* – Tomar la terminación de su relación sentimental como un proceso el cual puede aprender para mejorar emocionalmente.

## SESIÓN 9.

Objetivos: evaluar el progreso de la terapia

Procedimiento: se realiza un feedback del proceso junto con la paciente, analizando cómo se ha sentido con la terapia y con la relación terapéutica.

Además, con el fin de analizar el avance en el desarrollo de la terapia se aplica por segunda vez el Cuestionario de Esquemas de Young y así determinar las variaciones en la modificación o no de los esquemas inicialmente predominantes en la paciente, para conocer en qué esquemas es importante seguir trabajando.

## SESIÓN 10

Objetivo: análisis de evidencia y generación de interpretación realista ante PA relacionados con *Interpretación del pensamiento*

Procedimiento: a través del diálogo socrático se lleva a la paciente a analizar las evidencias que tiene para mantener pensamientos del tipo “yo creo que a él no le gustó lo que yo le dije y que lo haya buscado”, “siempre todas las personas van con otras intenciones” generados ante ir a buscar al trabajo a su pareja para saber cómo está su ex esposa está internada en la UCI, y su ex pareja es algo frío en el saludo y poco comunicativo. Además, él opta por pedirle el favor de cuidar unos días a su hijo.

Se usa el registro de triple columna en el que la paciente identifica el pensamiento inicial y propone una alternativa ante la situación. En este caso la PI reformula su pensamiento y enuncia “No me debo sentir culpable porque en ese momento consideré importante saber cómo estaba él y su ex esposa”, “su reacción de pronto sea porque este preocupado por la salud de ella”

A manera de ejercicio se diligencia junto con la paciente el registro de triple columna de la siguiente manera:

*Situación* - ir a buscar al trabajo a su pareja para saber cómo está su ex esposa está internada en la UCI, y su ex pareja es algo frío en el saludo y poco comunicativo.

*Emoción* - culpa

*Pensamiento inicial* - “yo creo que a él no le gustó lo que yo le dije y que lo haya buscado”, “siempre todas las personas van con otras intenciones”

*Pensamiento modificado* - “No me debo sentir culpable porque en ese momento consideré importante saber cómo estaba él y su ex esposa”, “su reacción de pronto sea porque este preocupado por la salud de ella”

*Conducta* – sentirse tranquila

## SESIÓN 11

Objetivo: analizar idea de relación afectiva; disminuir estándares de exigencia en la paciente.

Procedimiento: se trabaja en el análisis de lo que significa una relación afectiva para la paciente, analizando cuestionamientos respecto a si una relación afectiva son dos personas que se quieren, por qué se quieren?, se presentan dificultades en la relación?, las parejas afectivas son para toda la vida?, qué las mantiene?.

Igualmente se lleva a través de la confrontación a analizar si el nivel de exigencia que está teniendo hacia sí misma con el fin de mantener una imagen perfecta ante los demás, qué inconvenientes le puede traer, ya que la lleva a frustrarse al no ser retribuida de igual manera.

## SESIÓN 12

Objetivos: comprobar la validez de los supuestos personales

Procedimiento: se identifica mediante entrevista a la paciente, la creencia nuclear, la cual la lleva a manejar los esquemas de abandono y autosacrificio principalmente, y por ende desencadenan la problemática en el establecimiento de una relación afectiva.

Como creencia nuclear se tiene *“tener una relación afectiva y tener intimidad sin el sacramento del matrimonio, es estar en pecado”*.

Por medio del diálogo socrático se lleva a que la paciente se cuestione sobre la pertinencia de esta creencia, logrando con eso que ella pueda disfrutar de una relación afectiva armónica sin sentirse culpable por no estar casada. Así mismo, se confronta sobre qué necesitaría para lograr establecer una relación afectiva

## SESIÓN 13

Objetivo: prevenir recaídas; análisis del proceso terapéutico

Procedimiento: se hace junto con la paciente un recuerdo explicativo del problema, es decir, resaltar la relación entre pensamientos y emociones.

Luego se hace una revisión de las nuevas alternativas de pensamiento y de lo que ha conseguido con ellas, haciendo énfasis en mantenerlos y mejorarlos para conservar o aumentar los cambios logrados.

Se destaca la probabilidad de que vuelva a experimentar problemas en la vida que pueden hacer que surjan dificultades.

Posteriormente se hace una identificación de factores de riesgo para la generación de los sentimientos perturbadores. Luego se elabora junto con la paciente una lista de estrategias útiles para afrontar el establecimiento de futuras relaciones de pareja.

Y por último, se aplica por tercera vez el cuestionario de esquemas y por segunda vez la escala de actitudes disfuncionales, para conocer la pertinencia de la terapia en la disminución de esquemas desadaptativos y creencias irracionales.