



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 2

Junio de 2018

TERAPIA BREVE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE DUELO POR RUPTURA AMOROSA EN UN PACIENTE HOMOSEXUAL

Saralina Valadez Ruiz¹ y María Esther Fernández Solís²
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, México

RESUMEN

El duelo amoroso que se vive al terminar un noviazgo, es uno de los principales problemas tratados por los terapeutas. El presente estudio tuvo como fin, el evaluar la eficacia de los modelos de terapia breve Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones aplicados en un hombre adulto de 29 años con orientación homosexual. Los objetivos a trabajar fueron: 1. Dejar de pensar en su ex pareja. 2. Mejorar su autoestima 3. Trabajar su patrón de relaciones de pareja. El proceso terapéutico tuvo una duración de 11 sesiones y los resultados que se obtuvieron fueron muy positivos, ya que en la escala de avance comenzó a situarse en un 4 y en la última sesión se colocó en un 10. Además en las pruebas aplicadas de Depresión y Ansiedad, hubo una gran disminución de los síntomas por los cuales había acudido a terapia, por lo cual los objetivos terapéuticos se alcanzaron y se puede comprobar la eficacia de estos modelos integrados.

Palabras claves: Terapia Breve, Enfoque Centrado en Soluciones, Enfoque Cognitivo-Conductual, Duelo Amoroso, Relación de pareja.

¹Maestría en Psicología con Orientación de Terapia Breve. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: saralina.valadez@hotmail.com

²Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: esfer53@yahoo.com.mx

BRIEF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND CENTERED IN SOLUTIONS IN A DUEL CASE FOR AMOROSIVE RUPTURE IN A HO- MOSEXUAL PATIENT

ABSTRACT

The amorous duel that is experienced at the end of a courtship, is one of the main problems treated by the therapists. The purpose of the present study was to evaluate the efficacy of the Cognitive-Behavioral and Solution-Focused brief therapy models applied to a 29-year-old man with a homosexual orientation. The goals to work were: 1. Stop thinking about your ex partner. 2. Improve your self-esteem 3. Work your relationship pattern. The therapeutic process had a duration of 11 sessions and the results that were obtained were very positive, since in the scale of advance began to be placed in a 4 and in the last session it was placed in a 10. Also in the applied tests of Depression and Anxiety, there was a great reduction of the symptoms by which he had gone to therapy, for which the therapeutic objectives were reached and the effectiveness of these integrated models can be verified.

Keywords: Brief Therapy, Solution-Focused Approach, Cognitive-Behavioral Approach, Loving Duel, Relationship

Actualmente en nuestro país, los rompimientos entre parejas, se han vuelto uno de los problemas más tratados por los psicólogos y terapeutas. Y es que las relaciones de pareja corresponden a una de las relaciones más intensas que se pueden establecer entre seres humanos, corresponde al vínculo de mayor significación fuera de la familia de origen (Maureira, 2011).

Pineda (2005) señala que cuando se consolida una relación y se crea un proyecto de vida en común, ambos miembros de la pareja deben encarar cambios importantes en su estilo de vida y en el sistema de seguridad emocional de cada cual a fin de lograr un acoplamiento mutuo. De ese modo, en la pareja se abre un espacio de vinculación en el cual los demás quedan excluidos; así que, perder a una pareja es perder una fuente de seguridad.

Según nos comenta Méndez y Ferro (2010), los homosexuales tienen ese mismo deseo de estar en pareja y de vivir una relación de amor, pero viven las misma

dificultades para la construcción de la intimidad al igual que los heterosexuales. Exceptuando que estos últimos, no tienen la carga extra de no ser totalmente aceptados por la sociedad.

Hablando en específico de las relaciones homosexuales masculinas, el vínculo amoroso tarda más en darse y en establecerse el equilibrio entre ambas partes. Al inicio de la relación, el amor no llega a ser razón para tener un compromiso que represente algo estable. Señala que el homosexual tiende la mayoría de las veces a entablar relaciones de corto tiempo y que éstas llegan a terminarse rápidamente. (Ghedin, 2012).

Muchas personas reconocen que la ruptura de pareja es una de las experiencias más dolorosas que se puede sufrir a lo largo de la vida de una persona. La gente se queja de no poder dormir, de haber perdido el apetito, de ser incapaces de concentrarse en el trabajo, o incluso de llorar a menudo sin razón aparente, y en algunos casos, recurren al alcohol, a las drogas o a los tranquilizantes para controlar el dolor y ausentarse emocionalmente (Peñafiel, 2011).

Considerando entonces que la ruptura de pareja es un estresor relevante en la vida de un ser humano, podemos suponer que la persona percibe que dicha situación sobrepasa sus propios recursos y atenta contra su bienestar personal (Lazarus y Folkman, 1985) y esta sería la principal razón según Robak y Griffin, por la cual acuden a terapia, ya que se sienten incapaces de sobrellevar dicha situación y sus estrategias de afrontamiento no les han funcionado (2012).

ANTECEDENTES

La palabra “Duelo” proviene del latín *Dolus* (dolor) para referirse a una respuesta emotiva que aparece a causa de la pérdida de algo o alguien. O’ Connor, (2007) comenta que “cuando se establece una relación siempre existe el riesgo latente de la pérdida, cuanto más intenso sea el compromiso y el amor, mayor será el dolor”. El duelo amoroso tiene componentes muy parecidos a los del duelo por muerte, pero en este caso la principal diferencia es que una de las dos partes decide terminar con la pareja, que se había constituido libremente y con expectativas en común (Neimeyer, 2007).

Para Weber (1998, citado en Bustos, 2011), la ruptura amorosa es una pérdida de una relación íntima. Pero a su vez es el resultado primordial de un largo proceso de afrontamiento y de renovación en la identidad de la persona con respecto a sus autorrealizaciones personales. Ya que en este proceso, el sujeto adquiere nuevas habilidades, sus metas son redefinidas y surge un cambio en su ambiente social.

Según Barreto y Soler (2007), el duelo tiene un objetivo y es que el sujeto pueda adaptarse a su nueva realidad ante la falta de la persona perdida, recordarla con afecto y sin desesperación, así como tener en cuenta el aprendizaje de lo vívido.

El duelo común, se compone de características muy definidas y de duraciones muy predecibles, todo esto determinado por la experiencia que le haya tocado vivir a cada persona, de la etapa de amor en la que haya finalizado su relación amorosa y el tipo de vínculo que se haya generado con la ex pareja, (Mason, et. al, 2011, citado en García, 2014)

Boss (2010), comenta que todo esto es generado por que al terminar una relación amorosa, no se sabe si esta pérdida será de manera temporal o definitiva. Esto provoca que la persona entre un círculo vicioso que va de la esperanza a la desesperanza.

Las razones por las que una pareja se separa son variadas, muchos autores han propuesto diversas causas que son predisponentes de las rupturas amorosas. Algunas de ellas son: la falta de comunicación, la poca tolerancia a situaciones de infidelidad, disminución en la intimidad sexual, problemas económicos e inmadurez, diferencia en costumbres, valores e ideales, creencia de no ser amado de manera recíproca, percepción de ser poco valorado por la pareja, la convivencia monótona, expectativas no cumplidas, ofensas, maltrato y violencia. Así como también la diferencia de edades, nivel de educación, atractivo físico y actitudes de la pareja (Casados et al., 2001; Ferrand, 1996; Orladini, 2008; Hill, Rubin y Peplau, 1976, citados en Sánchez y Martínez, 2014)

Todos estos factores se van haciendo presentes en la vida en pareja, por lo que la calidad y el bienestar percibido por ellos se ve manifestado a través de la infelicidad al estar al lado de su pareja. Por lo que García e Ilabaca (2013) comentan que empiezan a surgir los problemas como el alejamiento físico, la ausencia del deseo

sexual, poca comunicación, poca tolerancia, rencor y resentimiento, evitar pasar tiempo juntos, poco interés de mostrarse atractivo para el otro y se empieza la búsqueda de nuevos intereses afectivos.

De acuerdo con Pinto (2013), las consecuencias de la ruptura de pareja, se han estudiado generalmente en relación al divorcio, sin embargo, el fenómeno es común en personas jóvenes que aún no han tomado la decisión de casarse, y que mantienen relaciones serias y estables con sus parejas. Se ha observado que un duelo por ruptura amorosa trae consigo no solo consecuencias negativas a corto y a mediano plazo, sino también a largo plazo, por lo que si no se resuelve de manera adecuada, este proceso puede transformarse en un duelo complicado (Lewandowski, 2009).

Algunas de las consecuencias que las personas viven con mayor frecuencia tras la separación son: tristeza, llanto, enojo, inseguridad y celos hacia la expareja, baja autoestima, un auto concepto bajo, depresión, ansiedad, altos niveles de estrés físico y emocional y conductas autodestructivas como el cutting, consumo de alcohol y otras sustancias e inclusive suicidio, (Barajas, et al., 2012).

Y es que a partir de la separación definitiva la persona comienza por este proceso doloroso que de acuerdo con Montoya (2011), (citado en Moreno y Esparza, 2014) está compuesto por cinco fases que son las siguientes:

1. Aflicción Aguda. En esta etapa el sujeto responde con incredulidad, pasando entre la aceptación y la angustia.
2. Conciencia de la pérdida. Ya que el sujeto retoma su vida cotidiana es cuando se da cuenta de la pérdida. Esta etapa se caracteriza por una gran inestabilidad emocional, en la que por momentos se siente al borde de una crisis nerviosa.
3. Conservación- aislamiento. Esta etapa es percibida como la peor de todo el proceso de duelo. Donde algunas personas refieren estar sumergidas en un tipo

de depresión y que no tienen deseos de seguir adelante, o presentan síntomas de algún tipo de enfermedad.

4. Cicatrización. Es cuando se comienza a aceptar la pérdida y se empieza a ver el mundo de una forma más positiva y compatible con su realidad. Siguen presentes los sentimientos del duelo pero sin tanta angustia como al principio.

5. Renovación. El sujeto realizó los cambios necesarios sobre su realidad, sentido y estilo de vida, ha recuperado su forma de verse a él mismo. La separación, ahora es vista desde una perspectiva de aprendizaje

Otros autores como Leick y Davidsen-Nielsen, proponen un modelo para ser completado por las personas que atraviesan una ruptura o divorcio. Este modelo consiste en cuatro tareas que no necesariamente deben completarse en un orden específico. Las cuatro tareas son las siguientes: reconocer la pérdida como un hecho, expresar, liberar emociones y dolor relacionado a la pérdida, reconstruir una nueva realidad, desarrollando atribuciones y nuevas habilidades para futuros problemas y dejar de crear expectativas de reconciliación con la pareja perdida e invertir en nuevas interacciones y relaciones (citado en Spitzberg y Cupach, 2012).

De acuerdo con varias investigaciones, el duelo amoroso se ha tratado con diversos enfoques, desde la terapia Humanista-Existencial, la Terapia Narrativa, así como la terapia Cognitivo-Conductual entre otras.

Ejemplos de lo anterior es el trabajo de Peñafiel (2010), con la Terapia Narrativa, utilizando principalmente la técnica de externalización de la historia a través de la narrativa, también escribiendo un poema sobre cómo se sentía y una carta de despedida, al igual se utilizaron metáforas; se trabajó con una mujer de 24 años que su objetivo era sentirse mejor y reincorporarse a sus actividades cotidianas con motivación y afrontamiento, esto se logró durante cuatro sesiones logrando puntuarse en la pregunta escala en 9.5 en su última sesión.

Otro trabajo, desde la terapia Humanista-Existencial es el de Valladares (2011), donde se trabajó con un hombre de 25 años, durante doce sesiones y se utilizaron

las técnicas de sensación sentida, la narrativa en metáforas y visualización de sanar al niño herido. Los resultados de la aplicación del inventario de Derogatis-revisado (SCL-90-R) fueron que el sujeto mostró puntajes T estables a nivel dimensional. En la dimensión de somatizaciones y ansiedad fóbica que había registrado previamente en riesgo, al finalizar la terapia volvieron a un puntaje normal. Así como también a nivel sintomático, el ítem sobre sentimientos de culpa fue calificado como poco, a comparación del principio que había sido puntuado como mucho. La terapia llega a ser efectiva pues se evidencia que la ansiedad que presentaba el sujeto, llegó a reducirse, así como su vida fue cobrando dirección y visión a futuro.

Por otro lado, Carmona (2012), realizó un análisis de cuatro casos de Duelo por Ruptura a través de la Terapia Cognitivo-Conductual, donde se trabajó con cuatro sujetos, dos hombres y dos mujeres de 31, 38, 39 y 48 años, con una se trabajó doce sesiones, con otro una sesión, con la otra participante tres sesiones y finalmente con el último se trabajaron cuatro sesiones. Se utilizaron las técnicas de historización, evaluación de la relación, metáforas, juegos de roles, dialogo socrático, fomentar el autoestima, entre otras. Los resultados que se encontraron en común con los cuatro pacientes fueron los siguientes: Respuestas cognitivas: baja autoeficacia en establecer un nuevo vínculo amoroso, etiquetación negativa frente al rol cumplido hacia el otro, visión negativa sobre sí mismo. Respuesta emocional: miedo al dolor, no encontrar otra pareja, no aguantar el duelo y la tristeza. Respuesta comportamental: relación ambigua entre ambos, donde solo hay contacto sexual y no hay demandas afectivas (encuentros casuales), búsqueda de la espiritualidad y cambios de rutinas.

Es así que existen diferentes enfoques terapéuticos para trabajar el duelo amoroso, por lo que, la integración de los enfoques centrado en soluciones y cognitivo-conductual, podría ser una alternativa más. Esta integración fue descrita por Ramírez y Rodríguez (2012).

En esta investigación, se trabajó con la integración de técnicas de ambos enfoques. De la Cognitivo-Conductual se utiliza principalmente la reestructuración cognitiva de Albert Ellis creada en el año de 1958, que sirve para detectar los pensa-

mientos automáticos negativos y modificarlos por pensamientos más adaptativos y positivos para el bienestar del paciente (Bados y García, 2010).

La psicoeducación es una herramienta muy útil que tiene por objeto “orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento para la mejorar la calidad de vida del paciente” (Bulacio y Vieyra, 2003).

La asertividad fue definida por Wolpe en 1958 y después por Lazarus en 1966, es la habilidad personal que nos permite expresar directamente los propios sentimientos, opiniones, pensamientos y defender nuestros derechos, de la forma adecuada sin negar ni desconsiderar los de los demás (Naranjo, 2008). El entrenamiento asertivo consiste en detectar los déficits asertivos y a partir de las técnicas asertivas y los derechos asertivos desarrollar relaciones interpersonales más sanas.

La técnica de Solución de Problemas de D’Zurilla y Goldfried fue creada en 1971 y es una herramienta muy útil que sirve a las personas para la toma de decisiones. Los pasos de la técnica son los siguientes: la orientación hacia el problema, la definición y formulación del problema, el generar soluciones/alternativas, la toma de decisiones y la puesta en práctica verificando la solución (Mckay y Fanning, 2008). Y de acuerdo con el enfoque Centrado en Soluciones las principales técnicas aplicadas, fueron descritas por de Steve D’Shazer y su esposa Insoo Kim Berg a finales de los años 80’s, en este modelo principalmente se trabaja con excepciones que son aquellas situaciones donde el problema no se produce, para trabajar las excepciones se deben de seguir las siguientes fases: elicitación, marcar, ampliar y atribuir control (Tarragona, 2006).

Para comenzar a buscar excepciones, se usa la pregunta de cambio pretratamiento, que se entiende como cualquier mejoría que se haya presentado entre el momento que hicieron la llamada para acudir a consulta y el día de la primera sesión. Otra técnica, es la pregunta milagro que proyecta un futuro positivo y esperanzador al paciente frente a su problemática, todo a través de la imaginación de él mismo sin el problema. Y al finalizar cada sesión se utiliza la Escala de avance

que sirve para medir la intensidad del problema y el proceso del paciente en cada sesión (Beyebach, 2006).

Con base en lo anterior se plantea como objetivo del presente, evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones aplicada en el tratamiento de un paciente que vivió un duelo por ruptura amorosa.y

JUSTIFICACIÓN

El tema del duelo amoroso, es un tema de mucho interés en la sociedad, ya que aunque se hable y haya mucha información sobre el tema, ha sido poco tratado en el ámbito de la investigación de la psicología clínica (Rattner, 2002). Y es de acuerdo con Crooks y Baur (2010), las relaciones de pareja son uno de los ejes centrales de la vida del ser humano y es por ello que es de suma importancia atender este tipo de problemática de una manera adecuada.

En especial en el ámbito de las parejas homosexuales ya que a pesar de todos los conflictos que atraviesan por su orientación sexual, también parecen tener dificultades en el momento de elección de pareja, ya que de acuerdo con Durán (2014), se cree que los homosexuales “son personas que no desean comprometerse afectivamente y que, cuando lo hacen, sus relaciones son inestables y cortas”. Es por ello que en este caso de intervención es interesante resaltar la perspectiva de un adulto joven homosexual que ha vivido un patrón de relaciones complicadas y está buscando estabilidad en sus relaciones de pareja.

OBJETIVO

Reducir los síntomas de depresión y ansiedad del paciente con orientación homosexual, para que afronte y cierre de forma adecuada su ciclo de duelo amoroso.

MÉTODO

Tipo de estudio: estudio de caso

Para dar cumplimiento al objetivo se presenta el caso que se trabajó, con la integración de la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Cognitivo-Conductual.

Paciente

El paciente de sexo masculino de 29 años, originario de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México; actualmente vive en Monterrey, Nuevo León, México. Trabaja en una empresa de Casinos en el área de reclutamiento y selección. Asistió por primera vez a sesión el 10 de Febrero del 2016 para solicitar apoyo psicológico porque recientemente terminó su relación con su exnovio y se siente muy mal, ya no quiere pensar en esa persona, quiere estar tranquilo, comenta que se siente desgastado y con la autoestima baja. En la entrevista inicial se le cuestionó al paciente sobre la situación actual que más le aquejaba para identificar aquello con lo que se trabajaría en terapia y por la que consideraba necesario la ayuda psicológica en ese punto de su vida, que viene explicado más adelante.

Instrumentos

Evaluación Pre-test y Pos-test

- Inventario de Depresión de Beck, BDI-II. Sirve para detectar episodios depresivos y en qué nivel se encuentran en el paciente. Esta una prueba de Escala Likert, conformada por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que van de 0-3 puntos según la intensidad del síntoma. La puntuación total se encuentra entre 0-63 puntos y se obtendrá de la suma de los puntajes por ítem. De acuerdo con el puntaje los niveles de depresión son: 0-9 puntos (estos altibajos se consideran normales), de 10-18 puntos (depresión leve), de 19-29 (depresión moderada a severa), 30-63 (depresión severa).yAdaptación española por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003): (Beck, Steer y Brown, 1996).
- Escala de Autoestima de Rosemberg. Se utiliza para explorar el nivel de autoestima en el que se encuentra el paciente. Es una prueba de Escala Likert, conformada por 10 ítems, 5 ítems están enunciados en forma positiva y 5 en forma negativa. De la pregunta 1 a la 5 hay cuatro opciones de respuesta (A-D), que va de estar muy de acuerdo a muy en desacuerdo y se puntúan de 4 a 1. De la pregunta 6 a la 10 se puntúan de 1-4. La puntuación total va de 10-40 puntos y se obtendrá de la suma de los puntajes por ítem. Los niveles de autoestima son: me-

nos de 25 puntos (autoestima baja), de 26-29 puntos (autoestima media) y de 30-40 puntos (autoestima elevada, normal) (Rojas, Zegers y Forster, 2009).

- Cuestionario de Ansiedad de Willoughby. Sirve para medir si el paciente presenta algún tipo de ansiedad en ciertas situaciones específicas. Es una prueba de Escala Likert conformada por 25 ítems, con cinco opciones de respuesta que van 0-4 (nunca- casi siempre) (Wolpe, 1975).
- Inventario de Asertividad. Se le aplica al sujeto para evaluar su nivel asertividad, está conformado por 43 reactivos, en escala Likert, de 0-4 donde 0 significa nada y 4 siempre (UNAM Iztacala, 1978).
- Cuestionario de Distorsiones de la Percepción de la realidad. Este consta de diez ítems. Este sirve para identificar las distorsiones de la percepción de la realidad más comunes en los pacientes. El sujeto califica cada ítem entre un rango de 0-100 donde 0 es que no se identifican con esa distorsión y 100 es donde están totalmente identificados. Para que sea considerada como una distorsión significativa debe puntuarse arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003).
- Cuestionario de Ideas Irracionales. Se utiliza para identificar las creencias irracionales más frecuentes que tienen el sujeto. Está conformado por 11 oraciones, las cuales se califican en un rango de 0- 100, donde 0 es que no se identifican con la creencia y 100 es donde están totalmente identificados con la creencia. También para que sea considerada una idea irracional, debe puntuarse arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003).
- Cuestionario de Ideas Centrales Negativas. Es utilizado para poder saber más a profundidad, cuales son las ideas centrales de donde provienen muchos de los pensamientos automáticos que tiene el sujeto. Se divide en 3 tipos de creencias, acerca de si mismo, acerca de los demás y acerca del mundo. Se contesta de igual forma que las anteriores, puntuando entre 0-100, y para considerarse co-

mo idea central significativa, debe ser contesta arriba de 70 (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003).

Para evaluar sintomatología se utilizaron el Autorregistro del Triple Sistema de Respuesta (adaptación de Gómez y cols., 2003), y el Autorregistro de Autoimagen (M.E. Fernández, Comunicación Personal), estos formatos de evaluación han sido ampliamente utilizados en la práctica clínica de la Maestría en Terapia Breve. Estos dan un panorama más preciso del paciente, sobre cómo se siente, piensa y actúa en los momentos que se siente mal y como se ve a el mismo, así como también como lo perciben los demás.

Para la evaluación se utilizó la Escala de Avance (De Shazer 1987, citado en Beyebach, 2006). “En una escala del 1 al 10, donde 1 es el peor momento en que se encuentran los problemas que te trajeron aquí y 10 el momento en que estos problemas quedan resueltos. ¿En qué número de la escala te situarías en este momento?”.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PACIENTE

Factores Predisponentes: Al hablar sobre su relación familiar se pudo identificar que el paciente mantiene una relación muy cercana con su madre, él es hijo único y nunca tuvo contacto con su padre. A pesar de que su mamá se encuentra viviendo en otra ciudad de México (Xalapa), el comenta que siempre están al pendiente uno del otro. Su mamá sabe su preferencia sexual y hasta ha conocido algunas de sus ex parejas, inclusive conoció a su exnovio una vez que visito la ciudad donde vive el paciente (Monterrey). El paciente, refiere que a lo largo de su vida ha manifestado un patrón de tener parejas con un rango de entre 10-20 años mayores que él. Al preguntarle a que se debía esto, el comenta que se siente protegido y seguro con hombre mayores que él.

Factores Desencadenantes: El paciente comenta que la situación de la ruptura con su exnovio que era 9 años mayor que él, lo dejo muy mal. Al hablar sobre esto, se mostró triste y comentó que accedió a tener una relación amorosa con él, aun cuando él sabía que estaba casado y tenía 2 hijos. Sin embargo, el paciente descubrió que su exnovio mantenía otra relación con otro joven; por lo que reportó

que fue algo que no podía asimilar, le dolió mucho, sintió mucho coraje y enojo al darse cuenta hasta donde había accedido a llegar por estar con alguien. A partir de que descubre esa situación y el rompimiento de la relación inicia la sintomatología del paciente. En este momento, se ubica al paciente dentro de la 3ra fase del duelo amoroso que es “Conservación-Aislamiento” de acuerdo a la clasificación de Montoya (2011, citado en Barajas, et al. 2012), mencionada anteriormente.

Factores Control: Los pensamientos relacionados con él llegaban todo el tiempo, principalmente cuando estaba solo en su departamento, lo buscaba en sus redes sociales para saber de él, se ponía a leer los mensajes que tenía de él en su celular, a ver las fotos que tenían juntos. También al escuchar algunas canciones que le dedicó, al pensar que no tenía con quien salir y con quien platicar, al pensar que necesitaba a alguien que estuviera al pendiente de él y tuviera atenciones.

Situación Problema: El paciente refiere que toda esta situación lo hizo sentir con un gran enojo por haber permitido que pasara, también una gran decepción ya que se sentía traicionado por la persona que él quería; hubo momentos que creía extrañarlo, pero se sentía mal de sentir eso por lo que le hizo; esto lo ha llevado a pensar que nunca va a poder a mantener una relación estable, ya que él comenta que por sus experiencias anteriores, la fidelidad en las parejas homosexuales es algo muy difícil de mantener. Por ello, todo esto lo hace sentirse enojado, decepcionado, solo, triste y de mal humor. Y se ve reflejado en una baja autoestima, ya que se siente sin ganas de hacer nada, no se procura a sí mismo y no se siente atractivo, tanto llegó a refugiarse que se alejó de sus amistades más cercanas e inclusive sus compañeros del trabajo le comentaron que se veía mal, triste y en otro mundo.

Factores de mantenimiento: Esta situación problema, sigue presente en el paciente debido al patrón de relaciones de pareja que él ha mantenido a lo largo de su vida y que están totalmente relacionadas con la falta de una imagen paterna en su vínculo familiar. Los vínculos que él ha establecido han sido para cubrir esas necesidades que él careció, lo que lo han llevado a vivir relaciones muy intensas y violentas con sus exparejas. También el hecho de que él reconoce que no ha podido estar solo después de la ruptura, y que con tal de llenar ese vacío, utiliza cier-

to tipo de redes sociales para conocer hombres y tener sexo casual con ellos, lo que al final termina haciéndolo sentir peor. El involucrarse sexualmente con personas que apenas conoce o que no le llenan por completo y conformarse hasta cierto punto con tal de no estar solo, es lo que lo ha llevado a fracasar al escoger una buena pareja para él.

Se identificaron los recursos del paciente, el que es muy organizado, persistente y no se da por vencido, cumplido, cooperativo, que tiene ganas de salir adelante y encontrar a alguien para él.

Evaluación: En la primera sesión el paciente, se ubicó dentro la pregunta escala en el número 4. Se utilizaron los autorregistros del Triple Sistema de Respuestas y el de Autoimagen. Además se aplicaron las pruebas de Depresión de Beck, Ansiedad de Willoughby, Autoestima de Rosenberg y Asertividad de Iztacala.

Negociación de objetivos: Con base en el análisis funcional, se establecieron los objetivos que fueron dejar de pensar en su exnovio y estar más tranquilo, mejorar su autoestima y trabajar su patrón de relaciones de pareja.

PROCEDIMIENTO DE LA TERAPIA

El paciente asistió a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. A continuación, fue asignado al área de preconsulta (donde se le pidieron sus datos y se le preguntó de forma breve el motivo de la consulta). Después, se le contacto vía telefónica para confirmar la primera sesión. El día de la primera sesión, se realizó un estudio socioeconómico y se le pidió firmar el consentimiento informado.

PLAN DE TRATAMIENTO POR SESIONES

La intervención estuvo basada principalmente en un modelo de 12 sesiones y que se caracteriza por tener sesiones directivas, estructuradas y basadas en objetivos. Para trabajar con este paciente se utilizaron ciertas técnicas para cumplir cada objetivo que se describen de la siguiente forma:

Primera sesión

Se le explicó al paciente que la terapia sería dentro de una cámara Gesell, que lo que estaba frente a él es un espejo unidireccional, que del otro lado se encuentra un equipo terapéutico conformado por estudiantes de la maestría y la supervisora que estarían trabajando en coordinación con el terapeuta. El equipo terapéutico puede comunicarse con el terapeuta a través de un teléfono, esto es en caso de que quieran orientar acerca de un tema o hacer algún tipo de pregunta específica al paciente. También se le comentó que cinco minutos antes de finalizar las sesiones el terapeuta saldría a hablar con el equipo para elaborar el mensaje final. En este caso, se le comunicó que las sesiones son grabadas en una cámara de video con fines de investigación y cuidando su confidencialidad.

Se le explicó el modelo con el que se trabajó, que es el de Terapia Breve, que el tiempo de duración de las sesiones es de una hora aproximadamente y que serían cada semana, al finalizar se le daría un seguimiento vía telefónica o en caso de que lo requiera una sesión a los tres meses.

Y se comenzó la Fase Social que tiene por objetivo crear un vínculo empático entre el terapeuta-paciente, esto a través de preguntas acerca de su vida, de su familia, de sus hobbies, de lo que le gusta, sus intereses, sus amistades, sus actividades diarias, etc. Toda esta recolección es útil al momento de encargarle tareas. Después de recolectar esta información, se prosiguió con la demanda para establecer los objetivos de la terapia, que fueron trabajar con su autoestima, ya no pensar en su expareja y cambiar su patrón de relaciones de parejas complicadas que ha tenido.

Se continuó con la pregunta del Cambio Pretratamiento (De Shazer 1988, citado en Beyeback 2006), "Muchas personas que vienen a terapia, nos han manifestado que entre el momento en que se les llamó para agendar la primera sesión y día en que acuden a sesión, comentan sentir mejorías inclusive antes de comenzar la terapia, ¿en tu caso algo ha ido mejor?" En la cual el paciente contestó que si hubo cambios en su vida, dejó de pensar en su ex algunos días, se sintió más contento con él mismo y más tranquilo.

Así como también se realizó la Pregunta Milagro que va de la siguiente manera: “Suponga usted que esta noche sucede una especie de milagro y que todos los problemas que lo han traído aquí se resuelven, no como en la vida diaria con esfuerzo y trabajo, sino inmediatamente. Como usted está dormido, no se da cuenta que sucede esta especie de milagro. Pero a la mañana siguiente, cuando despiertes, ¿Qué cosas notarás diferentes para darte cuenta que el milagro ha sucedido? (De Shazer 1988, citado en Beyebach 2006). En esta pregunta el paciente comentó que estaría más interesado en las personas, sus amigos del trabajo y su jefe al igual que de su madre. Se sentiría más seguro de él y atractivo. El hecho de saber que alguien está interesado bien en él y que va a tener salidas especiales con alguien. También va a estar tranquilo y su cuerpo no estará tan cansado. Y finalmente se utilizó la Escala de Avance donde el paciente se ubicó en el número 4.

Se le dejaron dos tareas que fueron, la tarea de fórmula “De aquí a la próxima sesión, te pedimos que analices ¿Qué cosas de tu vida, quieres que sigan pasando? Y se le entregaron los autorregistros del Triple Sistema de Respuestas y de Autoimagen para que los hiciera en casa.

Segunda sesión

Se comenzó buscando excepciones durante la semana, el paciente comentó que se sintió más tranquilo y salió el fin de semana con sus amigos, se sintió más integrado. Comentó también que tuvo menos sexo casual. Después se estuvo hablando sobre los autorregistros, que le ayudaron a ver la realidad que él quería evadir. Al final, se indagó más sobre su orientación sexual y como se fue desarrollando, así como también la historia de sus relaciones de pareja, que todas tienen en común que han sido complicadas y violentas con personas mucho mayores que él, entre quince y veinte años más grandes de edad. Y también se empezó a aplicar los cuestionarios que vienen mencionados en el apartado de instrumentos. En la pregunta escala se posicionó en el número 6.

Se le encargó de tarea, que hiciera cosas que le den placer, que se disfrute, se relaje y se consienta.

Tercera sesión

En esta sesión se terminaron de aplicar las pruebas de Ansiedad, Depresión, Autoestima y Asertividad que vienen en el apartado de instrumentos. Se buscaron excepciones, que fueron el que se ha sentido bien, tranquilo y que está comenzando a disfrutar el estar solo en casa, ya no siente esa necesidad de estar acompañado. Se le enseñó al paciente la Técnica de relajación progresiva de Jacobson la cual ayuda a controlar y disminuir el estrés en situaciones cotidianas. En la pregunta escala se colocó en el número 8.

Se le dejó de tarea que leyera el libro de “El caballero de la armadura oxidada” y que practicará la relajación progresiva de Jacobson dos veces al día. Al igual que hiciera ejercicio, caminar o correr 30 minutos al día.

Cuarta sesión

Al inicio de esta sesión se le entregaron los resultados de las pruebas aplicadas, en la mayoría salió con puntuaciones normales, excepto en la de Depresión que salió con severa o crónica. Teniendo esto, se utilizó la técnica de Reestructuración Cognitiva de Albert Ellis, en la cual se busca, identificar, analizar, y modificar los pensamientos y percepciones que tiene la persona en determinadas situaciones. Esto se hizo a través del Debate Socrático de las ideas irracionales, distorsiones cognitivas e ideas centrales donde el paciente se puntuó más alto (+70). Después de esto, se comenzó una psicoeducación de Relaciones de Pareja Homosexuales, en la que se tocaron los temas de amor, enamoramiento, etapas de las relaciones, tipos de parejas y dependencia emocional. En la pregunta escala se situó en el número 9.

Se le encargó de tarea, como este fin viaja a su casa, que conviva con su madre, que la disfrute y que haga todas esas cosas que lo hacen sentir bien.

Quinta sesión

Se comenzó la sesión buscando excepciones, el paciente comenta que se siente muy contento y positivo ya que lo ascendieron en el trabajo. El nuevo puesto, le demanda más tiempo, se siente más cansado porque tiene mayor presión. Se ha-

bló sobre su viaje a casa y que se sintió muy contento por ver y convivir con su madre. Se continuó la psicoeducación de Relaciones de pareja homosexuales y al final se hizo un análisis sobre las cosas en las que él se había identificado. Él se ha dado cuenta que quiere algo bien, algo estable y no solo sexo casual como lo venía haciendo semanas atrás, está en la etapa de descubrirse a sí mismo. En la pregunta escala se posicionó en el número 9.

Se le encargó de tarea que siguiera haciendo todo aquello que lo hace feliz y que comenzará a leer el libro “Cuando digo que no me siento culpable”.

Sexta sesión

Esta sesión se realizó después de 6 semanas, debido a que se atravesaron las vacaciones de Semana Santa y después debido al cambio de puesto que obtuvo el paciente. Se comenzó a buscar excepciones y ver como la había pasado durante este tiempo. Él comenta que se ha sentido muy bien, relajado, tranquilo respecto a la problemática de su expareja. En ese momento, comentó sobre una situación que le está ocasionando insomnios, y es que no sabe si quedarse en Monterrey o regresarse a su ciudad natal con su madre. Se le dijo que podían trabajar con esta situación la próxima sesión, ya que se le enseñaría una técnica nueva para poder tomar una decisión. También se trabajó con la técnica de Entrenamiento asertivo que ayuda a la personas con dificultades en las relaciones interpersonales. Esto a través de una psicoeducación de Asertividad, en la que se tocaron los puntos de respuestas asertivas, derechos asertivos y técnicas asertivas. y En la pregunta escala se colocó en el número 9.

De tarea se le dejó que en una cartulina, dividida en tres secciones: pusiera sus metas a corto, mediano y largo plazo, en tres aspectos de su vida: en lo personal, amoroso y laboral.

Séptima sesión

Se inició la sesión buscando Excepciones, él comenta que ya puede estar solo y que ya no tiene la necesidad de buscar algún compañero casual. Se siente más cómodo y seguro de sí mismo. Ya no piensa en su ex pareja y ya no le da por sa-

ber de él. Se estuvo analizando la tarea de sus metas, comentó que le gustó mucho y que le ayudo a enfocarse en lo que quiere lograr en su vida. Después, se trabajó la técnica de Solución de Problemas de D´Zurilla y Goldfried con el fin de que el paciente tomara una decisión respecto a la problemática que nos comentó la sesión pasada. Esto fue explicado al paciente, a través de una psicoeducación y de esta manera esto lo podrá ayudar a tomar la mejor alternativa al problema que está enfrentando. En la pregunta escala se situó en el número 9.

De tarea se le dejó que hiciera una lista de cualidades que ven los hombres en él. Y otra lista de cualidades que él busca en una pareja.

Octava sesión

En esta sesión se habló de excepciones que fueron la buena relación que tuvo con su mamá durante este mes en el que estuvo viviendo con él, que se está enfocando en él, fue a ver el gym donde quiere entrar y también anda buscando escuelas de inglés. Se analizó la tarea de las listas que hizo, comenta que tiene muy claro que es lo que ya no quiere en una relación. Y al final se elaboró un ejercicio de la técnica de Solución de Problemas con los pasos antes vistos, para practicar y que el paciente pusiera en marcha la posible solución de esta problemática que estaba viviendo. En la pregunta escala se colocó en el número 9.

Se le pidió de tarea que siguiera practicando la técnica, para resolver las situaciones problemáticas de mejor manera en su vida. Y que empezará a leer el libro “De la autoestima al egoísmo”.

Novena sesión

Se empezó la sesión en busca de excepciones, el paciente comenta que se sintió bien después de que su madre se regresó a su ciudad, no le dio tanto el bajón como pensaba. Inició sus clases de inglés y se siente muy motivado. En esta sesión se trabajó la Autoestima, primero se le dio una psicoeducación y después se le aplicó la metáfora del Árbol (Téllez, 2007), a través de una inducción hipnótica. En la pregunta escala se ubicó en el 10.

De tarea se le dejó que terminara de leer el libro “De la autoestima al egoísmo”.

Decima sesión

Esta sesión fue programada quince días después, ya que es su penúltima sesión para después darle el seguimiento. Se comenzó la sesión con excepciones, el paciente comentó que se siente muy bien, tranquilo, relajado en su aspecto emocional y un tanto cansado en su aspecto laboral. Continúa en sus clases de inglés, ha tenido salidas casuales con chicos y ya no se ilusiona como antes, está llevándose las cosas tranquilas. Ya tiene superada la situación de su ex. En esta sesión se trabajó la prevención de recaídas, a manera de preguntas como ¿Qué tendría que pasar para que volvieras a estar en los niveles en los que llegaste a terapia? De todo lo que aprendiste, ¿Con que te sentiste mejor? ¿Qué te llevas? Se le hizo ver que aunque volviera a vivir una situación muy similar, él tenía la capacidad de enfrentarla ya que ahora cuenta con muchos más recursos que adquirió durante este proceso terapéutico. En la pregunta escala se colocó en el número 10. Se le encargó de tarea que escribiera una carta para el mismo, donde pusiera todo lo que hizo para superar los problemas que lo trajeron a terapia.

Onceava sesión

Esta sesión también se realizó quince días después, fue la sesión de cierre. En esta ocasión se comenzó recapitulando todo el trabajo que se hizo durante todas las sesiones, las cosas que más le gustaron y aquellas cosas que cambiaron o mejoraron desde que comenzó a tomar terapia. Se hizo un breve análisis del Libro de Autoestima que estuvo leyendo. Y al finalizar se revisó la carta que se le había dejado de tarea, la cual fue muy significativa para él, porque se dio cuenta de todo lo había trabajado y agrega que se sintió muy bien al hacerla. En la pregunta escala se colocó en el número 10.

De tarea de todos los días, se le dejó seguir trabajando en todas las cosas que quiere lograr y en las que lo hacen feliz.

Seguimiento telefónico

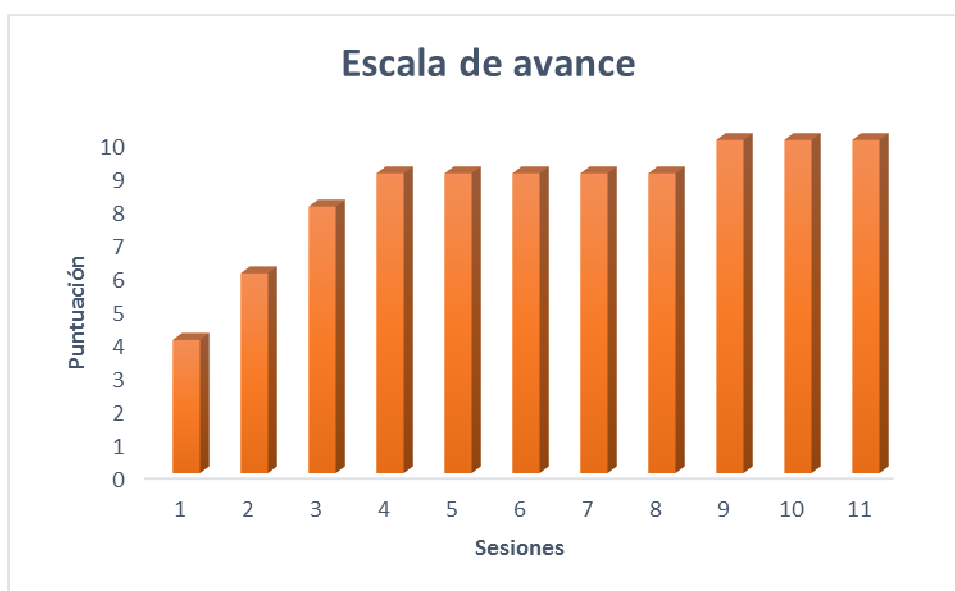
Después de un mes, en Agosto se le busco vía mensaje de texto, para ver cómo estaba y se le pregunto si quería acudir a sesión, el paciente comento que le gus-

taría pero que lo habían movido a la Ciudad de México por tres meses, comentó que se encontraba muy bien, que el cambio le había servido y que se encontraba muy ocupado por el trabajo. Que los fines de semana visitaba a su mamá y que se encontraba sin pareja pero muy estable, que cuando el regresara me iba a avisar.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados por sesión del paciente de acuerdo al modelo integrado de intervención. Los resultados fueron muy positivos y cumplen con el objetivo planteado. En las tablas y gráficas también se muestran las evaluaciones realizadas al inicio y al final del tratamiento.

Escala de Avance



Gráfica 1.0 Avance de la pregunta escala por cada sesión.

Escala de Depresión de Beck

Niveles de depresión

De 5 a 9 puntos: Estos altibajos se consideran normales

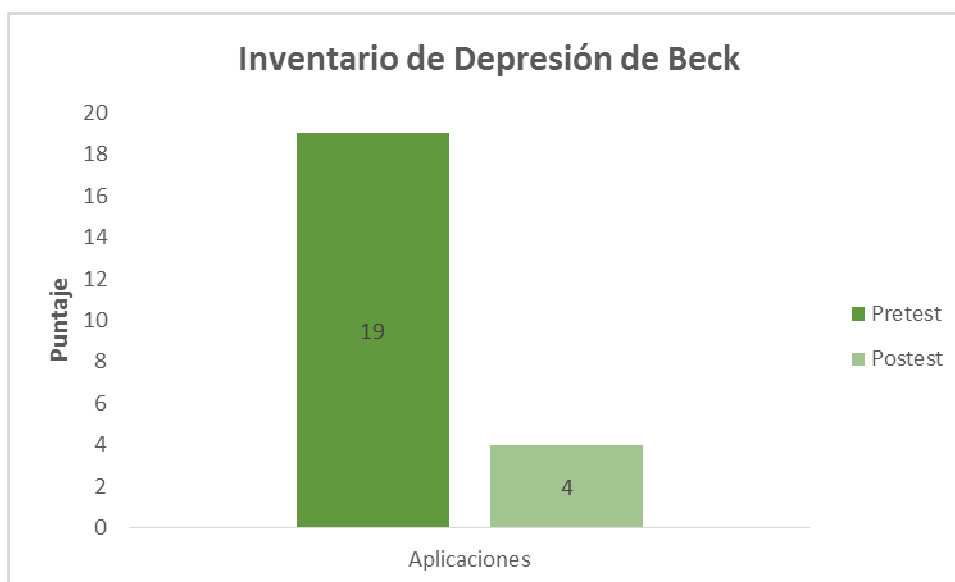
De 10 a 18 puntos: Depresión leve a moderada

De 19 a 29 puntos: Depresión moderada a severa

De 30 a 63 puntos: Depresión severa

Menos de 4 puntos: Posible negación de la depresión

Más de 40 puntos: Esto es significativamente más aún que en personas seriamente deprimidas, sugiere una posible exageración de la depresión.



Gráfica 1.1 Pretest y Posttest de la Escala de Depresión de Beck

Escala de Autoestima de Rosemberg

Rangos de puntaje

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

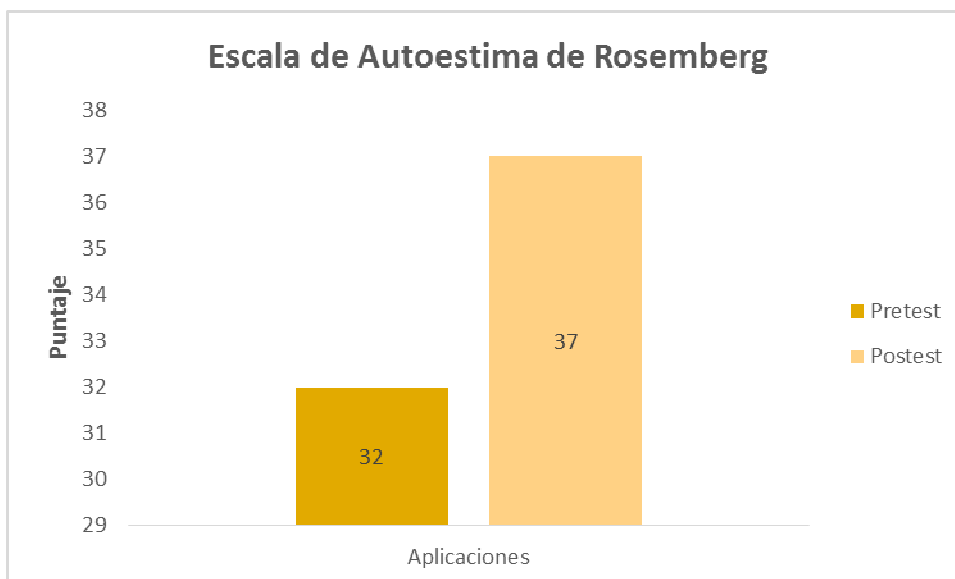


Gráfico 1.2 Pretest y Posttest de la Escala de Autoestima

Escala de Ansiedad de Willoughby

Rangos de puntaje

De 0 a 21 puntos: Ansiedad muy baja

De 22 a 35 puntos: Ansiedad moderada

Más de 36 puntos: Ansiedad severa

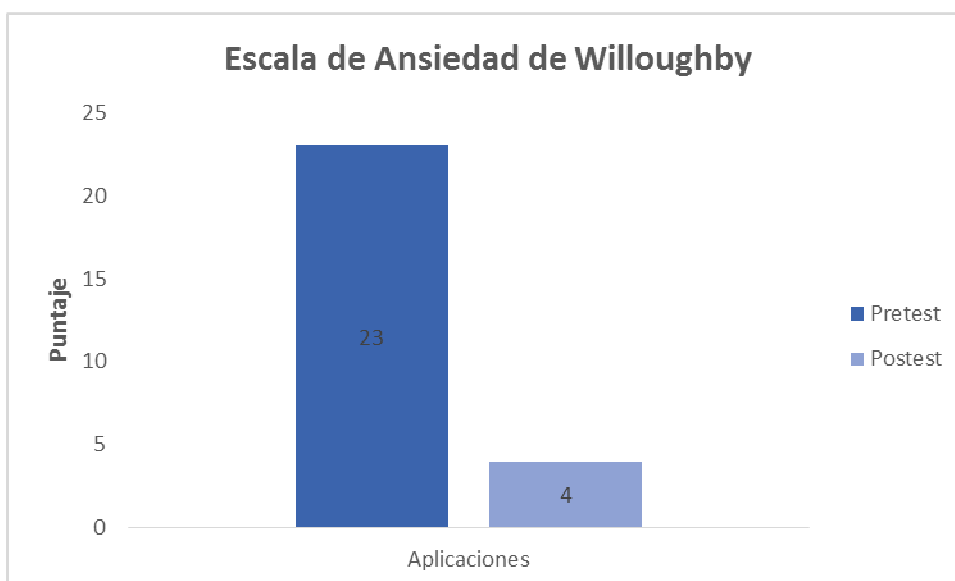


Gráfico 1.3 Pretest y Posttest de la Escala de Ansiedad

Escala de Asertividad de Iztacala

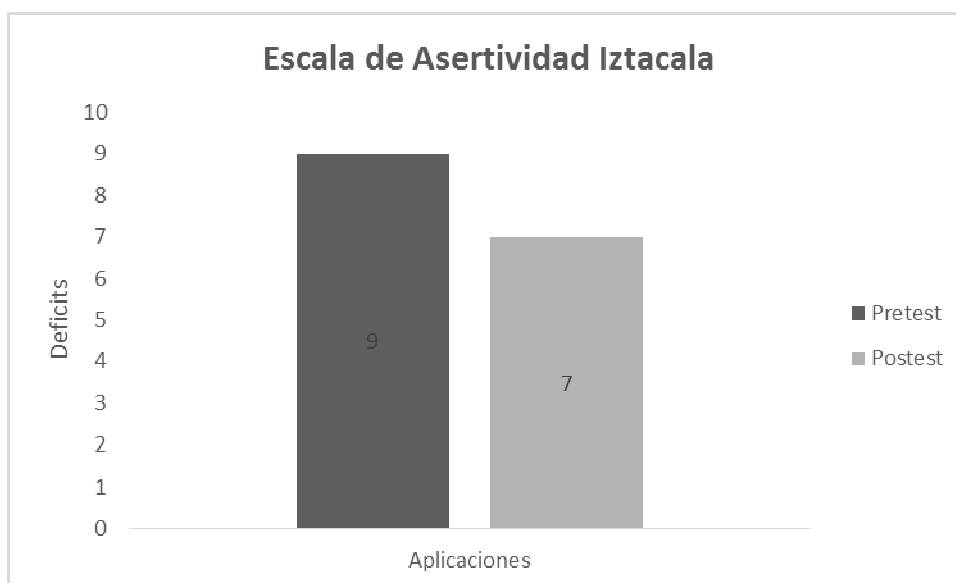


Gráfico 1.4 Pretest y Posttest de la Escala de Asertividad de Iztacala

Lista de Ideas Centrales Negativas más comunes

Pre		Post	
Ideas acerca de mí mismo		Ideas acerca de mí mismo	
Soy vulnerable	70	Soy vulnerable	0

Tabla 1.0 Puntaje de la primera aplicación y puntaje de la segunda aplicación

Lista de Ideas Irracionales más frecuentes

Pre		Post	
<i>Idea irracional</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Idea irracional</i>	<i>Puntaje</i>
Necesito ser amado y aceptado por las personas significativas de mi entorno	100	Necesito ser amado y aceptado por las personas significativas de mi entorno	10
Para considerarme valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles.	100	Para considerarme valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles.	20
Hay personas que son inmorales y perversas, deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones.	90	Hay personas que son inmorales y perversas, deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones.	10

Tabla 1.1 Puntaje de la primera aplicación y de la segunda aplicación

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar que la integración de la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones, resultaron muy efectivas para resolver el duelo por ruptura amorosa. Esto se ve reflejado principalmente en la disminución de los síntomas depresivos y de ansiedad por los cuales el paciente acudió a terapia.

Esto lo podemos notar en las pruebas aplicadas al inicio (pretest) y al final (postest) del proceso terapéutico, donde el paciente comenzó situándose con síntomas de Depresión moderada a severa (19 puntos) y síntomas de Ansiedad moderada (23 puntos). Y conforme se realizaron las intervenciones a lo largo de las sesiones, se pudieron ir observando las mejorías, por lo que cuando se aplicó el

postest los indicadores habían disminuido significativamente en depresión (4 puntos) y en ansiedad (4 puntos).

En las demás pruebas aplicadas el paciente salió normal, obtuvo una Autoestima elevada (32 puntos) y en Asertividad presentó 9 déficits asertivos significativos, los cuales se pudieron observar en el ámbito de la relación de pareja, con estos se trabajó durante las sesiones y se fueron observando mejorías en sus relaciones personales. Aunque no se presentaron grandes cambios en el postest, en Autoestima aumento (37 puntos) y en Asertividad disminuyeron a 7 déficits.

Todo esto se relaciona con la Escala de Avance, ya que el paciente comenzó situándose en la primera sesión en un 4 y las mejorías se hicieron mayormente presentes en las últimas tres sesiones donde se puntuó en un 10.

En el aspecto cognitivo, a través de los cuestionarios de ideas centrales e ideas irracionales más frecuentes, se observó una disminución de esos pensamientos negativos, que en base al trabajo terapéutico se fueron minimizando y cambiando por pensamientos más positivos. En el cuestionario de distorsiones cognitivas no se observaron cambios significativos en ambas aplicaciones.

Estos resultados obtenidos en cuanto a las respuestas cognitivas y emocionales fueron muy similares al estudio realizado por Carmona (2012), mencionado anteriormente, donde los sujetos manifestaban dificultad de establecer un nuevo vínculo amoroso y tenían una visión negativa sobre sí mismos. En cuanto a lo emocional, comentaban sentir miedo al dolor, miedo al no encontrar otra pareja y a no poder sobrellevar el duelo y la tristeza, lo cual manifestaba nuestro participante al inicio del tratamiento.

Se ha visto también que esta integración de ambos enfoques en terapia, tienen resultados muy positivos en otras problemáticas de pareja, como la investigación de Guajardo (2013) sobre Violencia en el Noviazgo donde se trabajó con una mujer víctima de violencia y abuso sexual por parte de su pareja, durante ocho sesiones, donde se lograron alcanzar los objetivos terapéuticos que fueron: mejorar la autoestima, desarrollar una buena relación con su padre y tener una perspectiva de aprendizaje sobre lo ocurrido.

Por otro lado, las limitaciones que se tuvieron durante el proceso terapéutico, fueron el hecho de que el paciente tuvo algunas inasistencias y se tenían que reprogramar las sesiones. Cuando lo ascendieron de puesto en el trabajo, pasaron semanas sin que pudiera asistir por la carga de trabajo y el horario, se hizo el cambio de cámara gesell a verlo en cubículo de esta manera se retomó y se concluyó el proceso de manera satisfactoria.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el modelo de integración de ambos enfoques resultó ser muy eficaz para el afrontamiento del duelo amoroso en el paciente. Así como también se mejoraron otras áreas de su vida personal, como la relación con su madre, las relaciones interpersonales en el trabajo y su relación consigo mismo.

En el aspecto de relación de pareja, con la psicoeducación y otras técnicas que se trabajaron en las sesiones, se logró cambiar la perspectiva que tenía sobre sus relaciones anteriores viéndolas como un aprendizaje y enfocándonos en sus futuras relaciones. Y que de esta manera, pudiera detectar con quienes pudiera desarrollar relaciones serias y sanas, en lugar de tener relaciones sexuales casuales como lo venía haciendo antes de acudir a terapia.

Es importante señalar, que además de superar la relación que tuvo con su expareja, el paciente fue ascendido en su puesto de trabajo, por lo que eso lo motivó a seguir adelante en su proceso, vivió los cambios y volvió a reencontrarse consigo mismo, fue así como planteó sus metas a corto, mediano y largo plazo. Cuando se hizo el seguimiento, él compartió que los cambios seguían presentes y que sigue trabajando para estar feliz en su vida.

Es por ello que se comprueba que el modelo de 12 sesiones es efectivo para atender diversidad de problemáticas de tipo psicológico en distintos tipos de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados, A. y García, E. (2010) **La técnica de la Reestructuración Cognitiva**. Universidad de Barcelona. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Eugenio_GarciaGrau/publication/43436214_La_Tecnica_de_la_reestructuracion_cognitiva/links/00b4951dd1637ba63f000000.pdf
- Barajas, M., González C., Cruz del Castillo, C., Robles, R. (2012). El significado psicológico de una ruptura de pareja significativa en jóvenes universitarios. **Psicología Iberoamericana**, Julio-Diciembre, 26-32.
- Barreto, M. y Soler, P. (2007). **Muerte y duelo**. Madrid: Síntesis editor
- Barutcu, F. y Demir, A. (2014). Breakup Adjustment in Young Adulthood. **Journal of Counseling y Development**, **93**, 38-44.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). **BDI-II Beck Depression Inventory-Second** Edition Manual. San Antonio, Texas: The Psychological Depression
- Beyebach, M. (2006). **24 Ideas para una Psicoterapia Breve**. Barcelona: Editorial Herder.
- Boss, P. (2010). **The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss**. Estados Unidos: Springer Science.
- Bulacio, J. y Vieyra, M. (2003) **Psicoeducación en Salud**. Recuperado de:
<http://www.intramed.net>
- Bustos, C. y Arguello, E. (2011) **Cuando se acaba el amor: Estrategias de afrontamiento, duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios**. (Tesis de Grado para Psicología). Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.
- Carmona, I. (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde a terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. **Polisemia**, **13**, 35-46.
- Crooks, R. y Baur, K. (2010) **Nuestra sexualidad**. México: Cengage Learning
- Durán, C. (2014) Amor y Dolor en la Pareja. España: Kairós
- García, F. y Ilabaca, D. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. **Ajayu**, **11**(2), 42-60.
- García, F. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. **Ajayu**, **12**(2), 288-307.

- Ghedin, W. (2012) **Amores ansiosos y otras cuestiones del amor**. Buenos Aires, Argentina:
- Gómez, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2003). **Cuadernos de terapia Cognitivo-Conductual: Una orientación pedagógica e integradora**. Madrid: EOS
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 16 (2) 476-503.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1985). **Estrés y Procesos Cognitivos**. Barcelona: Ediciones Martinez Roca.
- Lewandowski, G. (2009). Promoting Positive Emotions Following Relationship Dissolution Through Writing. **The Journal of Positive Psychology**. 4(1). págs. 4 – 21.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 14, 321-332
- Mckay, M. y Fanning, P. (2008). **¿Cómo resolver conflictos?: Técnicas y estrategias para superar las situaciones problemáticas con éxito**. México: Paidós.
- Méndez, S. y Ferro, N. (2010) **Hipoteca del amor: de las trampas del deseo a la conquista del amor real**. España: Penguin Random House
- Moreno, J. y Esparza, E. (2014). Estrategias de afrontamiento en la ruptura de pareja. **Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología**, 2(5) 98-110.
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones Interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Actualidades Investigativas en Educación, **Revista Electrónica del Instituto de Investigación en Educación Universidad de Costa Rica**, 8 (1) 1-27.
- Neimeyer, R. (2007). **Aprender de la pérdida**. Barcelona: Paidós
- O'Connor, N. (2007). **Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo**. México: Trillas
- Peñafiel, O. (2011). Ruptura Amorosa y Terapia Narrativa. **Ajayu**, 9(2), 53-86.
- Pineda, R. (2005). **Vivencia de la esterilidad en parejas que no tienen hijos**. (Tesis de Licenciatura) México: UNAM
- Pinto, B. (2013). **Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y Aplicaciones**. Santiago de Chile: RIL

- Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en Psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **15** (2), 610-635.
- Rattner, J. (2002) **Psicología y Psicopatología de la vida amorosa**. España: Siglo XXI
- Robak, B. y Griffin, P. (2012). **Dealing with Romantic Break-Up and Rejection: Understanding the Nature of Relationships and Romantic Break-Up**. Estados Unidos: Pace University. Recuperado de: http://digitalcommons.pace.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=u_gfacprojects
- Rojas, C., Zegers, B. y Forster, C. (2009) La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos y adultos mayores. **Revista médica de Chile**. **137**(6) 791-800
- Sánchez, R. y Martínez, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. **Acta de investigación psicología**. **4**(1) 1329-1343.
- Sin Autor, (1978) **Inventario de Asertividad, Manual de Procedimientos Clínicos**. México: UNAM Iztacala
- Spitzberg, B. y Cupach, W. (2012) **The dark side of Close Relationships**. Nueva York: Routledge
- Tarragona, M. (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a La Terapia Colaborativa, La Terapia Narrativa y la Centrada en Soluciones. **Psicología Conductual**. **14** (3) 511-532.
- Téllez, A. (2007) **Hipnosis Clínica: un enfoque ericksoniano**. México: Trillas
- Valladares, M. (2011). **Crecimiento Personal a partir de una ruptura amorosa: un estudio de caso a través de la terapia humanista y existencial**. (Tesis de Licenciatura). Ecuador: Universidad de San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/686/1/99753.pdf>
- Wolpe, J. (1975) **Terapia del comportamiento**. México: Trillas.