



Vol. 22 No. 2

Junio de 2019

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVO-EMOCIONAL TRAS UN PROCESO DE DUELO INTEGRANDO TÉCNICAS BREVES CENTRADAS EN SOLUCIONES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES

Nelly Alanís Esqueda¹ y Jorge Ramírez Treviño²

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Psicología

México

RESUMEN

El presente estudio refiere un caso de un joven masculino de 33 años desempleado que vive con sus padres a causa de una separación. Entre sus objetivos a trabajar se encontraban: Cerrar ciclo con su expareja mediante el perdón, encontrar la “raíz” de su situación actual y generar estrategias de autocontrol emocional para generar un cambio. El caso se trabajó con los modelos de Terapia Breve Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones, utilizando diversas estrategias como la psicoeducación, la detección de pensamiento, atribución de control, el reencuadre y reestructuración (modelo ABC de las cogniciones), búsqueda de excepciones, elogios, ejercicio sobre el perdón, entre otros. Los resultados obtenidos en las 9 sesiones que se llevaron a cabo mostraron un aumento de sentimientos positivos hacia su ex pareja, mayor conciencia y control de sus pensamientos y emociones, elevación de su autoestima (en relación al trato consigo mismo) y una disminución en los sentimientos depresivos.

Palabras clave: Duelo por separación conyugal, estrategias de afrontamiento ante la separación, reestructuración cognitiva.

¹ Correo Electrónico: nellyae26@gmail.com

² Correo Electrónico: psicontemporanea.mty@gmail.com

COGNITIVE EMOTIONAL RESTRUCTURING AFTER A MOURNING PROCESS INTEGRATING BRIEF TECHNIQUES FOCUSED ON COGNITIVE AND BEHAVIORAL SOLUTIONS

ABSTRACT

The present study reports a case of a 33 year old male unemployed who lives with his parents as a result of a conjugal separation. His therapeutic goals were: Close cycle with his ex couple through forgiveness, find the "root" of his current situation and generate strategies of emotional self-control to generate change. The case was worked with the Cognitive-Behavioral and Solution-Focused Brief Therapy, using different strategies such as psychoeducation, detection of thought, control assignment, reframing and restructuring (abc model of cognitions), search for exceptions, praise, exercise on forgiveness and others. The results obtained in the nine sessions that were carried out showed an increase of positive feelings towards his ex- couple and greater awareness and control of his thoughts and emotions, elevation of self-esteem (in relation to self-treatment) and a decrease in depressive feelings.

Keywords: Grieving for conjugal separation, coping strategies before separation, cognitive restructuring.

De la Espriella (2008) y Espinal, Gimeno y González (2006) comparten una idea más amplia de lo que significa la palabra *pareja*, ya que nuestro mundo actual nos reta a ser más abiertos y flexibles en las definiciones que realizamos de ciertas organizaciones y estructuras que lo conforman. Siendo considerada como uno de los sistemas más deseados y frágiles que existen, tomando en consideraciones los cambios sufridos a lo largo de los años, principalmente en los temas de sexualidad, comunicación, roles, entre otros. Algunos autores como García y Martínez (2013) la puntualizan como uno de los vínculos más significativos, donde se forma una identidad particular que integra ambas individualidades.

Pareja y matrimonio son dos conceptos que hasta hace algunos años permanecían ligados de forma estrecha, sin embargo, hoy en día la pareja ha experimentado una serie de transformaciones y puede ser descrita como una relación significativa, consensuada, con reglas de conducta habituales, cohabitación doméstica, y con cierta estabilidad en el tiempo. Al mismo tiempo es

vista como la unión de dos seres humanos diferentes entre sí, que pasan por diversas facetas, las cuales tienen por objetivo común lograr una estabilidad (de la Espriella, 2008).

La teoría sistémica la ve como un sistema abierto que está lleno de interacciones saludables o no, que influyen en las conductas de los individuos y por ende en la relación de pareja (Soria, 2010). Pinto (2000) la explica como un “*nosotros*” influenciado por la historia familiar de origen; así como un sistema inter e intra personal de los cónyuges.

Duelo por separación conyugal.

Considerando a Gottman y Silver (2006) a menudo las parejas se sienten abrumadas por conflictos, la clave está en identificar si son resolubles o no; y lo principal es saber si la comunicación es asertiva y efectiva o lo contrario, ya que de la última, parten la mayoría de los problemas entre ellos.

Cuando una relación de pareja concluye, es considerada como uno de los eventos que más consternan a las personas, dado a que comúnmente provocan un dolor emocional (también conocido como “heridas emocionales”) así como una serie de sentimientos y autopercepciones negativas que se pueden traducir como experiencias dolorosas (Tashiro y Frazier, 2003, citado en Valladares Terán, 2011).

Este proceso es vivido de manera diferente por cada individuo, el cual requiere de toda su capacidad para poder emplear las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, para que logre disminuir la tensión, activación fisiológica y los sentimientos negativos causados por la separación (Moreno y Esparza 2014).

De manera similar concuerdan Alfaro y Armenta (2013) quienes comparten que en la mayor parte de las relaciones de pareja se producen conflictos que guardan relación con sentirse herido u ofendido por el otro, a causa de ciertas conductas como un olvido, una mentira, una infidelidad, entre otras. Cabe mencionar que el dolor que éstas pueden provocar en ciertos casos, dañan de manera irreparable el vínculo, ya que la persona “ofendida”, según Prieto (2012), experimenta sentimientos tales como: rabia, dolor, tristeza, y traición; cogniciones tales como: fantasías de venganza y pensamientos del por qué el ofensor actuó de

determinada manera; y comportamientos tales como: evitación o distanciamiento hacia el otro.

Autocontrol como estrategia de afrontamiento de la separación conyugal.

Una de las estrategias de afrontamiento es el autocontrol. Éste se define como la habilidad de reprimir las reacciones impulsivas de determinados comportamientos y emociones con el objetivo de cuidar la integridad de uno mismo y de los demás. Cuando éste se ejerce de manera frecuente se puede obtener una mejor toma de decisiones y de solución de problemas (Fernandes Sisto et al. 2010).

Perdón como estrategia de afrontamiento de la separación conyugal.

Otra de las estrategias de afrontamiento posibles para encarar los conflictos anteriormente mencionados es la acción de perdonar, siendo pieza clave para la prevalencia de los vínculos afectivos (Alfaro y Armenta, 2013).

El perdón como concepto tiene una amplia variedad de definiciones, cada una desde una perspectiva diferente, dándole un toque característico a la acción de perdonar, no obstante, todas tienen puntos en común que permiten unificar ciertos rasgos del mismo.

Guzmán (2010) menciona que el perdón implica un descenso en la negatividad de los pensamientos, sentimientos y conductas hacia el ofensor, es decir, involucraría una disminución en el resentimiento hacia quien ha provocado el dolor. Por lo tanto, perdonar implica que la persona que ha vivenciado el dolor de una ofensa reconoce la naturaleza hiriente de ésta, y a pesar de que aparentemente no sea justificable ser perdonado, la persona puede terminar haciéndolo.

La Psicología Positiva considera el perdón como una de las principales fortalezas humanas, debido a los efectos positivos que tiene sobre el bienestar y la felicidad humana. Así mismo considera que perdonar se podría definir como una conducta de reconciliación y la sustitución de emociones negativas por unas más funcionales (Prieto et al., 2012).

Siguiendo a Prieto et al. (2012), existen dos tipos básicos de perdón: el unilateral donde el acto de perdonar es independiente a las conductas del agresor, el “ofendido” no busca ningún tipo de reconciliación con el “ofensor”, considerándolo

un acto completo del perdón. Y el segundo tipo es el intrapersonal, es decir, el que realizamos hacia “uno mismo”.

Perdonar lleva a tener una mejor calidad de vida y un mayor bienestar emocional, porque al resolver sentimientos de rabia o ansiedad las personas mantienen relaciones sanas con los demás, alivian el sufrimiento, generan pensamientos positivos de sí mismo y de su relación con el “ofensor”, y más aún, una mayor satisfacción personal (Guzmán, 2010 y Alfaro y Armenta, 2013).

Proceso de perdón.

El perdón, además de ser un proceso personal con los beneficios que anteriormente se mencionaron, también puede ser visto como un modelo de intervención el cual se lleve a través de una serie de pasos según sea el autor que lo proponga. Por una parte, Guzmán (2010) propone las siguientes etapas: primero “el impacto”, en donde la persona toma conciencia del efecto de la herida en sí mismo y su vida; la siguiente es “la significación”, la cual le permite a la persona descubrir el sentido de lo ocurrido; y la última es “la recuperación”, misma que invita al sujeto a elaborar un nuevo bagaje de creencias funcionales.

Por otro lado, Prieto et al., (2012) sugieren los siguientes pasos: El primer paso sería reconocer la existencia de la ofensa y el impacto que tuvo en su vida, desde una perspectiva más objetiva; el siguiente paso es la búsqueda del entendimiento global de la situación, y para ello es importante considerar el punto de vista del ofensor. El tercero es la generación de sentimientos de empatía hacia el agresor, lo cual facilita el proceso del perdón, ya que disminuye la sensación de venganza. El último paso consiste en recordar situaciones en las que desempeñamos el rol del “ofensor” y recibimos el perdón.

Modelo de terapia breve integrando la TCC y TCS

La Terapia Breve busca trabajar con el paciente el menor número de sesiones, aunque siempre las necesarias; en donde el foco de atención se centra en las soluciones y recursos del paciente más que en el problema, es decir, la energía de terapeuta-paciente se enfoca en generar las soluciones posibles para que saque adelante los objetivos planteados más que en el por qué y la raíz de la problemática (Ramírez y Rodríguez, 2012).

En cuanto a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Ramírez y Rodríguez (2012), comparten la fórmula secreta para su alta efectividad, la combinación de dos elementos: las cogniciones y las conductas, al trabajar con ambas se logra cambiar las ideas desadaptadas viendo la realidad de forma racional y objetiva así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento para generar soluciones efectivas.

Siguiendo a dichos autores, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) pretende encontrar las excepciones del problema (cuando no se presenta) y reafirmar en cada sesión los avances hacia los objetivos (futuro sin problemas), es decir, concientizar lo que sí funciona y lo que ayuda a lograrlo.

La invitación es siempre sumar aquellos elementos que son beneficiosos para el paciente y el logro de sus metas terapéuticas, es por ello que combinar la cognitivo-conductual y centrada en soluciones obtenemos como resultado una efectiva combinación de técnicas al servicio del caso (Ramírez y Rodríguez, 2012).

Evidencias publicadas de la efectividad de ambos modelos

Galdámez (2015) trabajó un caso con una mujer de 27 años, tras la infidelidad de su esposo, se identificaron síntomas depresivos, los resultados obtenidos fueron favorables, disminuyendo los síntomas depresivos y logrando aumentar el bienestar impactando en la parte emocional, cognitiva y conductual. Por su parte, Guajardo Riojas y Cavazos Cisneros (2013), hacen referencia al caso de un joven que asiste a terapia tras un abuso sexual y violencia de su ex-pareja, al trabajar los objetivos planteados y aplicar la pregunta escala se observa un aumento en la misma. Finalmente Morales (2015) realizó un taller enfocado en disminuir o manejar la ansiedad al hablar en público, con estudiantes universitarios, obteniendo resultados favorables. Los estudios de caso antes mencionados reflejan la efectividad de la combinación de los modelos cognitivo-conductual y centrado en soluciones aplicados a la terapia.

Estrategias de la TCS

La entrevista centrada en soluciones está compuesta por técnicas que tienen un rol clave en ésta, la explicación de cada una será basado en los trabajos de Flores (2015) y Morejón y Beyebach (1994):

- Información sobre la forma de trabajo. Consiste en explicarle al paciente la manera en que se estará trabajando con él/ella durante las sesiones, sobre el papel que tienen el teléfono, espejo unidireccional, micrófono, cámara y el equipo de trabajo, así como la duración de las sesiones y que siempre tendrá las sesiones necesarias para trabajar sobre su motivo de consulta.
- Cambio pre-tratamiento. Tiene una relación con el trabajo de las “excepciones”, su objetivo es aprovechar las mejorías que pudieran existir en la vida del paciente entre la llamada y la primera sesión. Se busca ampliar las mejorías que comparte el cliente y atribuir control.
- Creación de la demanda. El primer paso es plantearle al cliente ¿En qué lo podemos ayudar?, su respuesta estará orientada a contar la historia del problema, el trabajo del terapeuta consistirá en convertir esa “queja” en una “demanda”, es decir, en un proyecto de trabajo terapéutico donde el paciente y terapeuta puedan definir qué y cómo se va a trabajar (operacionalmente hablando). Este punto guarda relación con el establecimiento de objetivos (relevantes, concretos, alcanzables, en positivo y descritos interaccionalmente).
- Pregunta milagro. Es una técnica de proyección al futuro, en la cual se le invita al cliente a imaginarse un futuro sin el problema, un futuro donde la solución está presente, para el cliente resulta motivador pensar en ello y lo incita a moverse para conseguir esos cambios deseados.
- Pregunta escala (no avance/trabajada). Permite valorar de forma cuantitativa las mejorías y avances que el cliente comparte y que se van dando de sesión en sesión, lo cual resulta motivador para el cliente.
- Búsqueda de excepciones. Consiste en buscar e identificar cuándo el problema no está presente en la vida del cliente, para ello hay varios pasos: Elicitar a través de la pregunta pre-tratamiento; ampliar y analizar que nos

relate a detalle qué sucedió: qué hizo, cómo se sintió, qué pensó, quién más se dio cuenta, qué acciones diferentes le permitió realizar, etc.; y **atribuir control** es decir, que sea consciente de lo que hizo, pensó o sintió diferente que le permitió hacer ese cambio.

- Mensaje final: Elogios y tareas. Los elogios tienen por objetivo reconocerle al paciente los recursos con los que cuenta y son de ayuda para su proceso terapéutico. El enfoque de las tareas es promover cambios entre sesiones o bien generalizar los cambios fuera de la terapia.

Estrategias de la TCC

La entrevista cognitivo conductual tiene la meta de identificar las conductas problemas actuales así como las objetivos, y en base a ello seleccionar el método de intervención más efectivo. Está compuesta por las siguientes estrategias (Fernández, 2012):

- Establecimiento de rapport, el cual busca generar un clima empático durante las sesiones.
- Indagación sobre las diferentes áreas de la persona (familiar, escolar, laboral, social, médica, etc.) para la creación de la historia clínica del mismo.
- Realización del análisis funcional de las conductas problema (evaluar lo que sucedió antes, durante y después; así como la intensidad, duración y frecuencia de éstas y el impacto que tienen en otras áreas de su vida)
- El establecimiento de los objetivos, los cuales deben ser: específicos, reales, en positivo, alcanzables y medibles.
- Psicoeducación: tiene por objetivo concientizar al paciente del problema para que sea aceptado y por ende lo pueda afrontar. Consiste en brindar la información pertinente y clave sobre el motivo de consulta (problemática) y las estrategias y técnicas que se vayan trabajando para el logro de objetivos, a través de las sesiones mediante la interacción terapeuta-cliente (Barbecho y Trujillo, 2013).

- Reestructuración Cognitiva: la finalidad de la reestructuración cognitiva es la identificación, reevaluación y modificación de las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias falsas de los pensamientos de las personas. Así mismo las emociones tienen un papel importante en la vida del ser humano por eso es importante aprender a mitigarlas cuando se manifiestan en forma de alteración emocional, ya que tienen una importante influencia sobre las conductas que manifiesta la persona, éste es uno de los objetivos de la reestructuración cognitiva al trabajar con el aspecto emocional (Beck, 2010). Una de las formas para poder realizar este cambio de pensamiento es mediante la identificación de la relación cognición-afecto-conducta, para que la persona aprenda a controlar los pensamientos automáticos negativos y los sustituya por unos más válidos. De esta forma se generaría un cambio en su emoción y por ende en su conducta por unas más adaptativas y funcionales (Beck, 2010).
- Prevención de recaídas: Antes de trabajar con el cierre terapéutico es importante dedicarle un tiempo a la prevención de recaídas, es decir, hacerle saber al paciente que probablemente, en el futuro pueda presentarse nuevamente la conducta que se trabajó en sesión, llevándolo a que lo vea como una nueva forma de aprender cómo afrontar el problema, así como la identificación de posibles situaciones de riesgo a futuro y recursos, reduciendo así el riesgo de presentarse o de una duración larga (Beyebach, 2006).

Objetivo del estudio

Para dar por terminada con esta primera parte del artículo, es preciso dejar en claro que el objetivo de este estudio es comprobar una vez más la eficacia de la integración de los enfoques Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones, ante un caso de duelo por separación; y mostrar al lector una nueva posibilidad que sea efectiva y diferente para el abordaje en este tipo de casos.

MÉTODO

Sujeto

El paciente de 33 años vivía con sus padres de aproximadamente 70 años, luego de haberse separado de su expareja e hijo debido a ciertos problemas conyugales. Además de haber estado desempleado a raíz de su alcoholismo, como pareja enfrentaron otras problemáticas con las que tuvieron que lidiar en cuanto a temas de salud y economía.

A raíz de su separación, se mudó con sus padres e inició un proceso de cambio en un grupo de AA al cual asistía hasta esas fechas. Desde entonces, describía tener una comunicación un tanto mejor con sus familiares aunque no de la misma manera con su hijo y su expareja.

Al momento de iniciar su tratamiento psicológico, mantenía una relación de fin de semana o cada 15 días con su hijo de 9 años de edad misma que fue desvaneciendo a lo largo del proceso terapéutico por causas de su expareja ya que se mudó de la ciudad. Desde entonces mencionaba que notaba a su hijo distante, más serio y callado con él cuando lograban comunicarse. Y eso a su vez le fue despertado a él un mayor rencor hacia la madre del niño.

Otros datos relevantes del paciente son que no lograba conseguir empleo después de varios meses. Tenía la intención de culminar la preparatoria para poder continuar con una carrera técnica que le permita obtener una mayor remuneración económica en su siguiente trabajo. Así mismo tenía como pasatiempos correr maratones, escalar montañas, asistir al grupo de AA y pasar tiempo con su hijo (cuando tenía oportunidad). Las cualidades que identificaba en él mismo eran: ser inteligente, deportista, autónomo, detallista y perfeccionista.

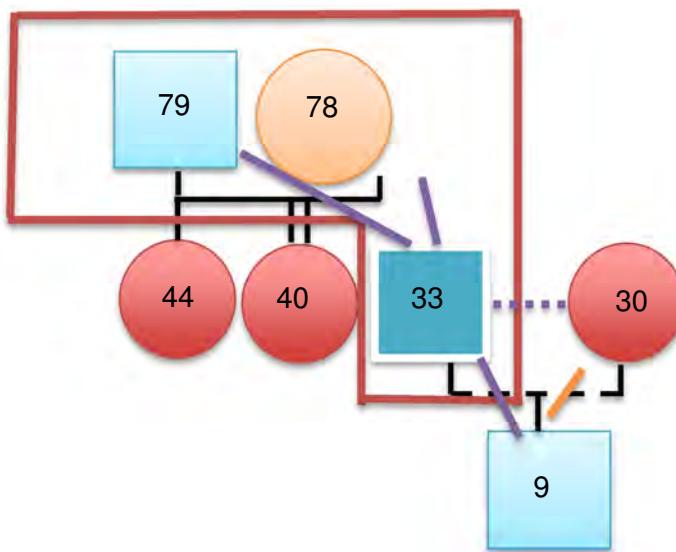


Fig.1 – Familiograma del paciente.

El paciente de 33 años vivía con sus padres de 79 y 78 años de edad, con quienes mantenía una relación cordial y una comunicación básica. Es el tercer hijo y de dos hermanas mayores de aproximadamente 40 años. Estuvo en unión libre con su ex pareja; producto de su relación tienen un hijo. Hace aproximadamente 1 año y medio se separó de su ex pareja; su relación con ella la describió como distante y conflictiva y con su hijo distante con una comunicación básica.

Análisis funcional.

Se presenta el siguiente análisis funcional breve basado en los elementos propuestos por Rodríguez Alcalá (González-Ramírez y Juárez-Carrillo, 2016) para casos individuales.

- Recursos

El paciente contaba con un amplio repertorio de habilidades: Era una persona tenaz y persistente cuando de un objetivo a alcanzar se trataba, uno de sus principales pasatiempos era correr maratones, por lo tanto entrenaba de forma frecuente durante la semana para mantenerse en forma y ritmo, además se impuso la meta de mejorar en tiempos y lo logró, resultando motivante para él, ya que es un indicador de logro; así mismo llevaba un año que se había mantenido

sobrio gracias a su autocontrol y el apoyo brindado en AA. De igual forma, resultó ser comprometido con la terapia, asistiendo con regularidad y cumpliendo con las tareas que se le encargaban, teniendo una buena capacidad de análisis.

- Excesos

Tendía a desarrollar pensamientos irracionales referentes a sí mismo, los demás y el mundo, considerándolos como determinantes y verdaderos. Llegó a manifestar conductas dependientes con personas significativas en su vida, requiriendo la motivación de ellas para comenzar el cambio necesario para su bienestar y funcionalidad.

- Déficits

El estilo de solución de problemas es la evitación.

- Factores desencadenantes

Un primer factor fue la separación de su expareja (aproximadamente hace 1 año y 6 meses), lo cual lo llevó a solicitar el apoyo en AA para controlar el consumo de alcohol. Sin embargo la situación se agravó cuando su expareja comienza una relación vía internet con una persona, ya que aun estando separados, continuaban teniendo una relación de comunicación y cercanía por su hijo, saliendo a comer, a pasear en familia; y como pareja mantenían relaciones sexuales. El paciente describió que enterarse de la relación de su expareja con la otra persona fue percibido por él como un engaño o infidelidad de parte de ella, generándole pensamientos constantes de ¿por qué lo hizo?, sentimientos de enojo y coraje y conductas celotípicas.

- Factores control

La situación principal que alimentaba el problema es la obsesión de revisar constantemente las redes sociales de su expareja.

- Patrones de comportamiento y procesamiento disfuncional

- Sistemas de respuesta:

a) Fisiológico/emociones: Sentimientos de enojo, molestia, coraje, rabia hacia su expareja.

- b) Cognitivo. Mantiene autoverbalizaciones negativas: “¿Por qué me hizo esto?, no entiendo como en tan pocas semanas ella ya había iniciado una relación de pareja por internet, todo en esta vida se regresa, entre otros.”
- c) Conductual. Revisar constantemente las redes sociales, comunicación negativa (discusión) con la expareja, evitar la situación al disminuir contacto con ella y su hijo.

- Factores de mantenimiento

Las conductas celotípicas lo llevaban a estar pendiente de las publicaciones que realiza su expareja, el paciente manifiestaba autoverbalizaciones negativas las cuales lo llevaban a aumentar sus sentimientos de enojo, molestia, resentimiento, coraje hacia su expareja; finalmente cuando llegaba a tener contacto con ella para salir con su hijo, la comunicación se tornaba en discusión, o bien realizaba conductas de evitación.

Objetivos terapéuticos.

General

- ✓ Reestructurar las cogniciones y emociones disfuncionales del sujeto para que le permitan concluir su proceso de duelo y generar el autorreconocimiento y autoconfianza para reconstruir su vida.

Específicos

- ✓ Cerrar ciclo con su expareja mediante el perdón.
- Indicadores: Estabilidad emocional, dejar de revisar sus redes sociales, comunicación con ella en relación a su hijo.
- ✓ Encontrar la “raíz” de su situación actual (ex pareja, alcoholismo, inestabilidad laboral) para generar un cambio.
- Indicadores: Estabilidad laboral y duración en el trabajo.
- ✓ Generar estrategias de autocontrol emocional.
- Indicadores: Estabilidad laboral y duración en el trabajo; perdonar a su ex pareja; liberarse de los sentimientos y pensamientos negativos.

INSTRUMENTOS

Para el presente caso se aplicaron:

- Una de las estrategias principales que se utilizó fue la entrevista bajo el modelo de Terapia Centrada en Soluciones, la cual tenía por objetivos: Recabar la información sobre el contexto y la queja del paciente así como la negociación de la demanda y la identificación de excepciones y soluciones aplicadas, brindando al paciente una perspectiva diferente.
- Escala de perdón en parejas, la cual es una validación chilena de la desarrollada por Guzmán, Tapia, Quijada y Valenzuela (2014). Consta de 18 ítems, los cuales se encuentran mezclados, miden los sentimientos de evitación, venganza y benevolencia que se presentan ante una separación conyugal o de pareja; las opciones de respuesta son 5, tipo Likert: muy de acuerdo, de acuerdo, neutro, desacuerdo, y muy en desacuerdo, el puntaje puede ir del 1 al 5 o a la inversa según el tipo de pregunta.
- Evaluación de la autoestima, elaborada por Aguilar (2007), consta de 25 preguntas, se centran en valorar la autoestima considerando la relación que mantiene consigo mismo (aspecto físico, sexual, emocional y psíquico) así como con los demás. Presenta 3 tipos de respuesta (Sí, no, a veces); la evaluación de ésta consiste en contabilizar los “sí” que señala como respuesta, a mayor cantidad de “sí” es un buen indicador de su autoestima, para complementar la evaluación resulta importante revisar las respuestas cualitativas que brinda el sujeto, para cotejar con la opción seleccionada.
- Evaluación de ideas irracionales, centrales y distorsiones, está basada en los trabajos de Ellis y Beck, y disponible en Gómez et al., (2003), evalúa las creencias irracionales y distorsiones cognitivas, evaluándolas de forma subjetiva por parte del sujeto, bajo una escala de 0 (una creencia con la que no se identifica la persona) a 100 (indica que se la cree identifica mucho). Para considerarse una idea irracional o distorsión significativa el rango debe de ser entre 70-100.
- BDI-II, creado por Beck, Steer y Brown (1996), su objetivo principal es evaluar y detectar síntomas depresivos y su nivel correspondiente, consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta (0-3) según la intensidad del síntoma. La

puntuación total se obtendrá de la suma de las puntuaciones de cada síntoma evaluado. Los niveles son: de 0 a 9 sin síntoma depresivos, 10 a 18 síntomas de depresión leve, de 19 a 29 síntomas de depresión moderada y de 30 o más síntomas de depresión grave.

PROCEDIMIENTO

Número de sesión	Objetivo de la sesión y enfoque terapéutico	Desarrollo de la sesión
#1	-Generar empatía y rapport con el paciente e indagar sobre el motivo de consulta. (TCC) (TCS)	Se realizó la presentación de equipo y forma de trabajo. Se llevó a cabo la fase social que permitió el establecimiento del rapport, se realizó la pregunta de cambio pretratamiento para identificar excepciones, también se evaluó el motivo de consulta (problemática) en base al análisis funcional, así como el mensaje final: elogiar al paciente y encargar tareas.
#2	-Clarificar y establecer objetivos terapéuticos. (TCC) (TCS) -Establecer la línea base de la demanda (problemática y objetivos). (TCC) (TCS) -Aplicación de los instrumentos de evaluación previos al tratamiento. (TCC)	Previo a la sesión terapéutica, mientras espera en la recepción de la clínica, se le aplicaron algunos instrumentos de evaluación. Durante la sesión se realiza la pregunta milagro como herramienta complementaria a la identificación de las metas terapéuticas, posteriormente se negocia la demanda con el paciente mediante la pregunta ¿qué quiero lograr al estar en terapia?, con la intención de clarificar la información. Y finalmente se realiza la pregunta escala sin seguimiento, para establecer la línea base de cada objetivo así como el mensaje final (elogios y tareas por parte del equipo).
#3	-Psicoeducar al paciente sobre el proceso del perdón. (TCC)	En la sesión se realiza la psicoeducación referente a la conducta de perdonar y se reflexiona acerca de los beneficios de la misma. Se concluye con el mensaje final (elogios y tareas por parte del equipo).
#4	-Explorar las excepciones: marcarlas, ampliarlas y atribuir control. (TCS) -Orientar al paciente a la toma de decisiones referente al duelo que vive. (TCC)	Los primeros minutos de la sesión se enfocan en la búsqueda, en marcar y ampliar las excepciones así como el atribuir control interno de manera consciente y cuál es el siguiente avance/meta. A continuación se realizó una revisión minuciosa de las tareas (lista de heridas del corazón y cómo sería su vida al liberarse de éstas). Se debatió sus creencias sobre el perdón. Se realiza la pausa, para darle el mensaje final de parte del equipo (elogios y tareas).
#5	-Normalizar el discurso del paciente en cuanto a su etiqueta autoasignada de “enfermo”. (TCC) (TCS)	Al inicio de la sesión se realizó la búsqueda en marcar y ampliar las excepciones así como el atribuir control interno de manera consciente y cuál es el siguiente avance/meta. Consecutivamente se realizó un plan de vida posterior al tratamiento

	<p>-Psicoeducar al paciente sobre el modelo cognitivo-conductual. (TCC)</p>	<p>psicológico (¿Cómo sería tu vida al terminar la terapia?). A continuación se llevó a cabo la psicoeducación sobre el modelo cognitivo-conductual, es decir, la interrelación de la emoción-pensamiento-conducta a través de una serie de ejemplos fuera y dentro de su contexto.</p> <p>Y finalmente a través del mensaje final se realiza la reestructuración de la etiqueta autoasignada (“enfermo”) y se le comparten elogios y tareas.</p>
#6	<p>-Explorar las excepciones: marcarlas, ampliarlas y atribuir control. (TCS)</p> <p>-Generar un cambio en las cogniciones irracionales del sujeto por unas más funcionales. (TCC)</p>	<p>Se realizó la exploración de excepciones, se le fueron marcando, ampliando y atribuyéndole el control, resaltando las consecuencias positivas. Se le sugiere que establezca un plan B y plan C ante cada decisión laboral. Se analizó la detección de pensamiento-emoción-acción (experimentados y alternativos) de las siguientes situaciones: conflictos con su papá y con su expareja; resaltando que en la primera parte sobresalen las conductas de evasión y al hacer el cambio de pensamiento cambian por el afrontamiento.</p> <p>Se concluye con el mensaje final (elogios y tareas por parte del equipo terapéutico).</p>
#7	<p>Identificar la raíz de su problemática. (TCC)</p> <p>Externalizar su problemática. (TCC) (TCS)</p> <p>Conciliar con su problemática. (TCC)</p>	<p>Se realiza la exploración de excepciones en las distintas áreas de su vida, destacando que ha mejorado la relación con su padre, siendo más cordial y “unida” a causa de una comunicación e interacción positiva. Retomó sus estudios (concluir la preparatoria).</p> <p>Se realizaron dos ejercicios que le permitieron identificar cual es esa “excusa” para no ir a trabajar: La frustración; después se externalizó y al final se concilió nuevamente con ella.</p> <p>El mensaje final tuvo una intención confortativa, invitándolo a salir de esa zona de confort y que tome el control de su vida (área laboral).</p>
#8	<p>Reencuadrar las ideas sobre su búsqueda de oportunidad laboral así como las ideas irracionales referente a su ex pareja. (TCC)</p>	<p>Se lleva a cabo la búsqueda de excepciones y atribución de control. Posteriormente se realiza una confrontación y reencuadre de ideas irracionales en relación a su expareja (pensamiento automático vs alternativo) así como los elogios durante el mensaje final y las tareas.</p>
#9	<p>-Explorar las excepciones: marcarlas, ampliarlas y atribuir control. (TCS)</p> <p>-Reencuadre sobre el papel de la frustración en el proceso actual de pareja que vive. (TCC)</p> <p>-Ejercicios de imaginación guiada para trabajar el perdón. (TCC) (TCS)</p> <p>-Cierre terapéutico y aplicación del</p>	<p>Se comenzó con la búsqueda de excepciones, se le marcaron, ampliaron y atribuyó el control. Después se realizó una confrontación y reencuadre sobre el papel de la frustración en la relación con su ex pareja; cambiando el enfoque a uno más funcional, viéndola como “empuje” y no como algo negativo.</p> <p>Junto con el paciente se hizo un ejercicio sobre el perdón en tres fases: Describir la situación desde el “yo siento”, después de manera objetiva y finalmente con ejercicio de imaginación manifiesta estilo silla vacía.</p> <p>Casi para finalizar el tratamiento se llevó a cabo un ejercicio de prevención de recaídas y elogios y un extenso mensaje final. Como parte del cierre del proceso terapéutico el equipo le dio un agradecimiento y se le aplicó el post-test.</p>

post-test. (TCC) (TCS)	
---------------------------	--

Tabla 1 – Desarrollo de sesiones del proceso terapéutico.

El proceso terapéutico estuvo compuesto por 9 sesiones, en las cuales se trabajó en colaboración con el paciente para que los objetivos de sesión planteados en las primeras sesiones se cumplieran. La terapia que se utilizó fue la breve, en una integración de los modelos cognitivo-conductual y centrado en soluciones.

Técnicas			
Cognitivo-Conductuales	Propias de ambos modelos	Centrada en soluciones	Otras estrategias aplicadas
Psicoeducación	Tareas	Pregunta de cambio pre-tratamiento	Ejercicio sobre el perdón en tres fases: Describir la situación desde el "yo siento", después de manera objetiva y finalmente ejercicio de imaginación
Cuadro de detección de pensamiento-emoción-acción (experimentados y alternativos)	Atribución de control	Estructura de mensaje final (Elogios y tareas).	manifiesta estilo silla vacía
Confrontación y reestructuración de ideas irracionales por unas más funcionales.	Prevención de recaídas	Externalización	
		Pregunta milagro	
		Búsqueda de excepciones	
		Entrevista Centrada en Soluciones.	

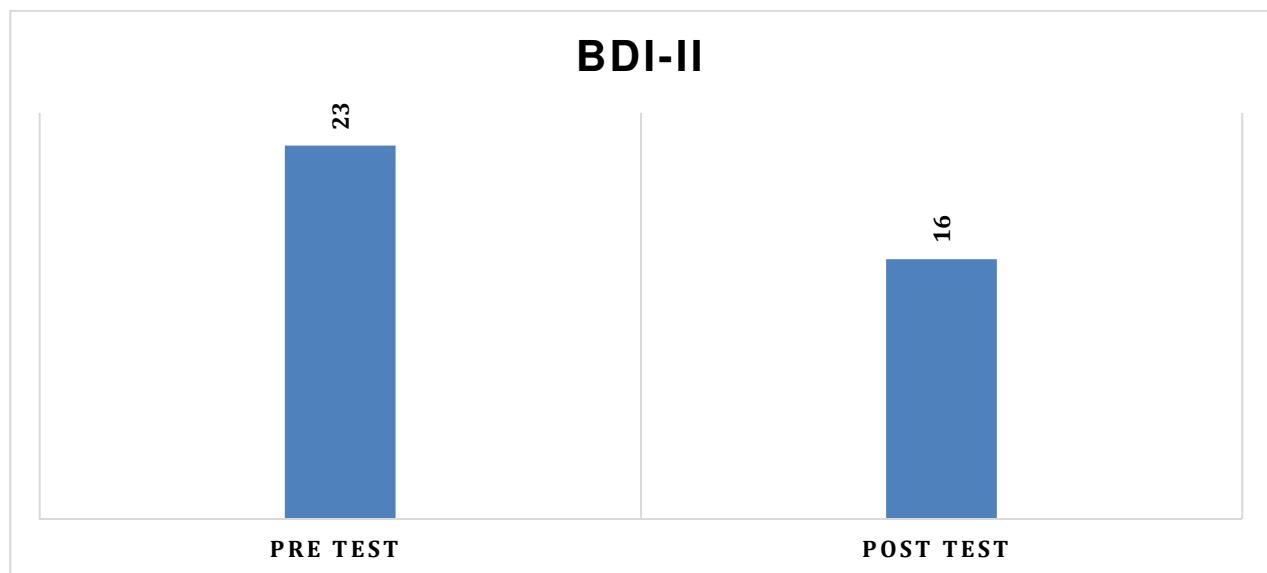
Tabla 2 – Técnicas y estrategias utilizadas durante el proceso terapéutico.

Las técnicas y estrategias que se utilizaron durante el proceso terapéutico se basaron en dos modelos principales de terapia: La cognitivo-conductual y centrado en soluciones; encontrado que una combinación de ambas puede resultar muy enriquecedor para el paciente. Ya que la primera busca educar al paciente y en baso a ello modificar los pensamientos irracionales y los comportamientos disfuncionales en su vida. La segunda se centra en identificar las soluciones que

le permitan resolver la situación, así como las excepciones identificando cuando no se presenta el problema para continuar haciéndolo.

RESULTADOS

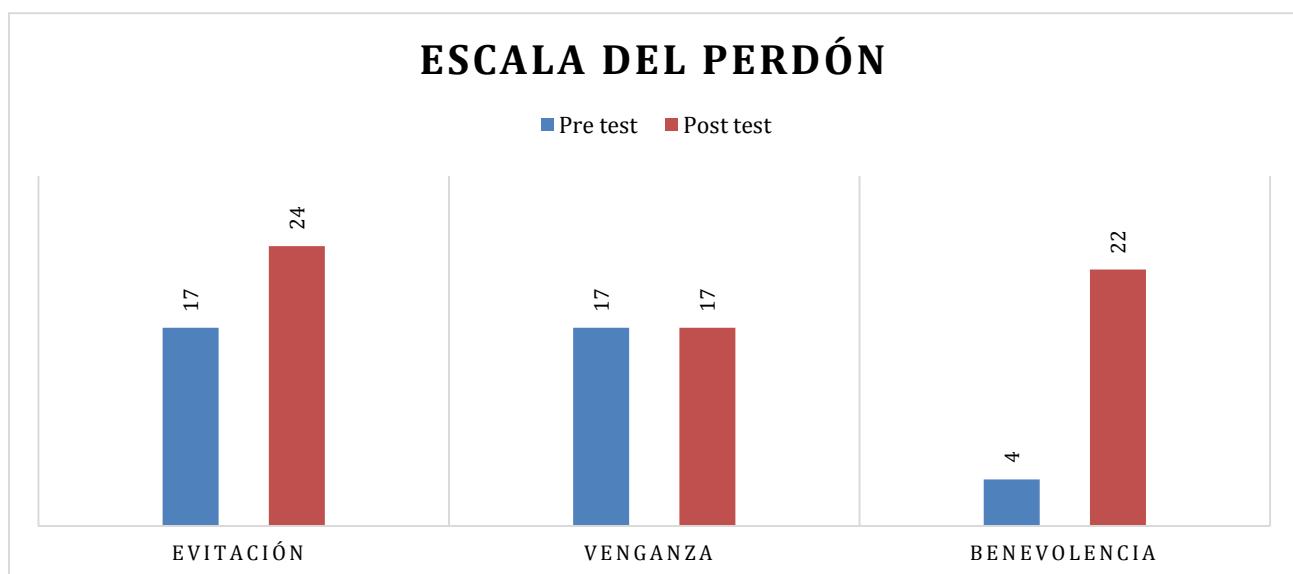
La primera evaluación que se presenta es el BDI-II, la primera vez que se le aplicó puntuó en 23 la cual se considera una depresión moderada, sin embargo al realizar el post test se observa una disminución de ésta a 16, refiriéndose a una depresión leve. Entre los avances que mostró el paciente destacan: la disminución de los sentimientos de castigo, pesimismo, tristeza, irritabilidad e inutilidad que tenía consigo mismo, aumentando el disfrute a las situaciones que vive, su concentración, su alimentación y sus horas de descanso.



Gráfica 1 – Resultados del pre y post test de la prueba BDI-II

El primer gráfico muestra el avance del paciente comparando la primera aplicación y el resultado obtenido con la segunda aplicación.

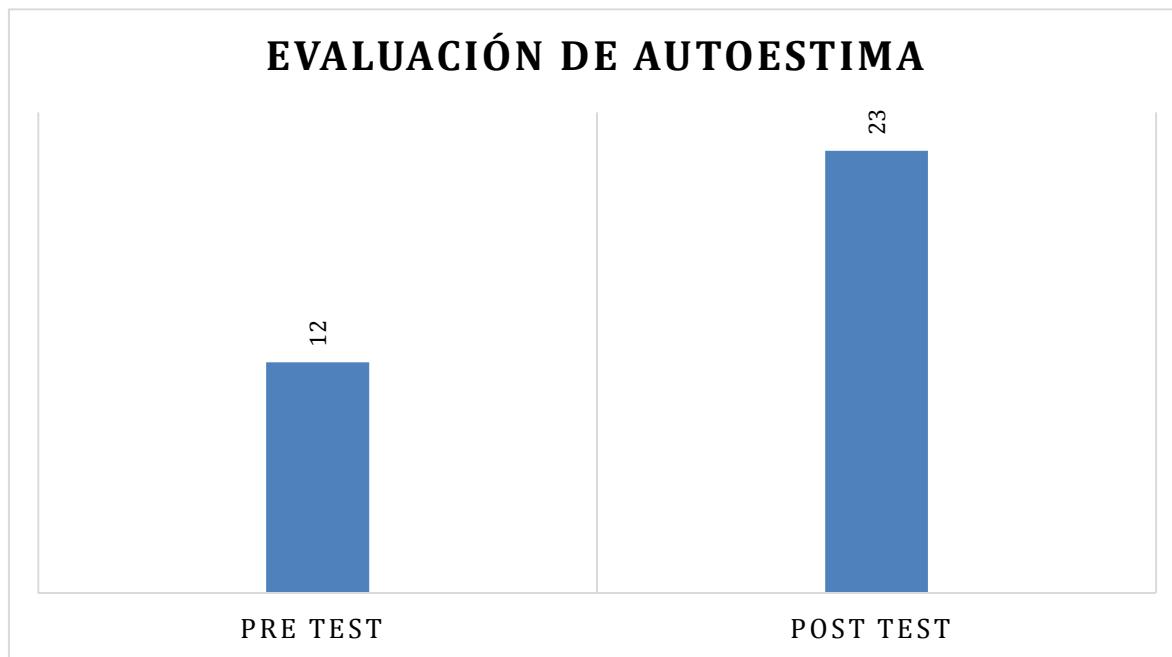
En la evaluación de la escala de perdón aunque aumentó el puntaje de la conducta de evitación (de 17 a 24 puntos) y se mantuvo el de sentimientos de venganza (con 17 puntos), hubo un aumento considerable en los sentimientos de benevolencia hacia su ex pareja de 4 a 22. Cabe resaltar que durante dicho proceso, lo importante es que los sentimientos positivos hacia quien hizo el daño aumenten, porque esto es un indicador clave y un buen referente de que el paciente está en el camino hacia el perdón.



Gráfica 2 – Resultados del pre y post test de la escala del perdón

La primera columna de la gráfica representa el pre y post test del sentimiento de evitación, en el cual hay un ligero aumento, en la segunda columna encontramos el sentimiento de venganza el cual se mantiene en la primera y última aplicación, y la tercera representa el sentimiento de benevolencia, el cual es nos indica un aumento significativo.

Al realizar el post test en la escala de autoestima se observan avances: refleja la seguridad en sí mismo, considerándose su mejor amigo, mejorando su relación con los demás (a buena), escucha y acepta los comentarios positivos de sí mismo, admite errores y reconoce que él es quien tiene el control de su vida y así mismo busca dar lo mejor de sí.



Gráfica 3 – Resultados del pre y post test de la evaluación de autoestima

La gráfica muestra el avance que mostró del paciente de la primera aplicación a la segunda, aumentando su puntaje de 12 a 23.

Al evaluar su tipo de pensamiento, en base a las creencias irrationales (pensamientos automáticos y creencias centrales) se observa una baja en el puntaje obtenido en el post-test, lo cual nos indica un mayor control en el tipo de creencia que se genera (cambio por uno alternativo).

Idea irracional/distorsión cognitiva	Pre test	Post test
Ser amado y aceptado por personas del entorno	100	70
Conseguir objetivos completamente en todos los aspectos	95	80
Las personas son perversas y hay que condenarlas	90	60
La vida tiene que ser fácil, rehuir responsabilidades	90	80
Soy dependiente	85	70
En este mundo solo hay sufrimiento	75	60
Todo depende de la suerte	40	0

Tabla 3 – Resultados del pre y post test de la evaluación de ideas irrationales, centrales y distorsiones.

La tabla refleja las ideas irracionales, centrales y las distorsiones que presenta el paciente de forma significativa. Todas mostraron una baja en el puntaje al comparar el pre y post test.

DISCUSIÓN

Se obtuvo efectividad de la combinación de técnicas y estrategias de las dos corrientes principales: la cognitivo-conductual y la centrada en soluciones.

Algo relevante a mencionar es que las investigaciones o artículos publicados en relación al trabajo con el proceso de duelo y el perdón, ante una ruptura conyugal, son escasas y variadas.

Sánchez y Martínez (2014) desarrollaron una investigación que se enfocó en identificar las diferentes etapas que vive una persona ante el proceso de duelo a causa de una ruptura amorosa, así como las emociones experimentadas acorde a la causa que provocó la separación con el conyuge; para ello aplicaron una evaluación tridimensional de duelo amoroso (emoción, cognición y conducta). Aunque resulta una investigación rica en información presenta una limitante, deja fuera a la práctica (qué estrategias realizar en cada una de las etapas y dimensiones evaluadas).

Valladares Terán (2011) trabajó en un estudio de caso enfocado en el crecimiento personal a partir de una ruptura amorosa, en el cual coincide que el paciente también presentaba sentimientos de venganza, conductas de evitación y pensamientos autodestructivos hacia su expareja y sí mismo. El tratamiento propuesto fue el trabajar con la identificación de sus emociones en las diferentes situaciones que experimentó en su relación y al término de la misma, llevándolo a responsabilizarlo de sus acciones y decisiones (pasadas y actuales), para que finalmente le pudiera encontrar un sentido y significado a su vida; sus estrategias se apoyaron en la terapia humanista y existencial. Lo que se trabajó en el estudio de caso expuesto fue similar al antes descrito, solo que también se trabajó con los pensamientos automáticos irracionales del sujeto, los identificó y modificó por unos funcionales, realizó el mismo procedimiento en sus emociones y acciones; la base fueron las terapias cognitivo-conductual y centrado en soluciones.

Continuando con el caso expuesto por Valladares Terán (2011) el sujeto expresó que sus emociones negativas hacia su ex pareja (miedo, angustia, venganza, entre otros) provienen al recordar o tener noticias de ella. Lo anterior resulta ser una buena hipótesis explicativa referente al estudio de caso del presente artículo, ya que los sentimientos de venganza del paciente en el pre y post test se obtuvo el mismo puntaje, porque aunque disminuyó el contacto presencial con ella, mantenía una comunicación vía telefónica/mensajes o Facebook ocasionalmente para estar enterado de su hijo.

Otro caso de ruptura de pareja fue el trabajado por Peñafiel (2011), el paciente es de sexo femenino, fue a terapia porque su pareja terminó con ella teniendo 2 años y medio de relación, sus sentimientos eran generalmente de tristeza y desesperanza, teniendo a su vez el deseo de salir adelante. La intervención que se realizó fue la terapia narrativa, siendo el objetivo principal: cambiar el significado que ella le estaba dando a su relato, generando una especie de externalización para que se separara de éste y empoderarla, identificando de una manera más sencilla las excepciones y generando cada vez más cambios. La relación que guarda con el caso de este artículo, es la meta terapéutica ya que se buscó que el paciente modificara las etiquetas y autoverbalizaciones por unas positivas, y se manejó la externalización como recurso terapéutico para separar al cliente de su problemática y generando control sobre la misma.

Finalmente Carmona (2012) trabajó en cuatro casos bajo la metodología cognitivo-conductual. Durante la intervención se centró en 3 aspectos: la expresión emocional adecuada, modificando las emociones y los pensamientos disfuncionales por unos alternativos; y el cambio de conducta, específicamente orientado a desarrollar un plan y un estilo de vida acorde a su situación actual. Éste es el que mantiene una mayor similitud con el caso del presente artículo, ya que se trabajó con el cambio de emociones y pensamientos irracionales por uno alternativos, llevándolo al cambio de conducta y a que visualizara su plan de vida al término del tratamiento.

Se realizó un breve análisis de los artículos revisados y del presente estudio de caso, encontrando algunas similitudes como por ejemplo: todas se basan en una

evaluación tridimensional (emoción-cognición y conducta) tomándolas en cuenta a la hora de la intervención, y los resultados obtenidos en cada dimensión coinciden entre sí. La principal diferencia es la metodología elegida para llevar a cabo la intervención, y a su vez, en cada estudio de caso se obtuvo un resultado satisfactorio.

CONCLUSIÓN

A través del proceso terapéutico que se trabajó junto con el paciente, se concluye la importancia de integrar ambos modelos: la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones, ya que ambas enriquecen la terapia con las diferentes metodologías y estrategias que proponen, resultando un combo complementario al trabajar sus pensamientos-emociones y conductas automáticas, modificándolas por unas más funcionales (alternas) y al mismo tiempo mantener un enfoque en los avances, las excepciones y en las soluciones que le permitan sacar adelante y resolver la problemática.

Por lo tanto, más allá de identificar cierta metodología como la ideal para trabajar la ruptura amorosa y el proceso de duelo, resulta importante seguir indagando en el tema, ya que este tipo de pérdidas se vuelven un reto tanto para quien las vive como para quien acompaña en dicho proceso.

Un punto importante a recordar es que la creatividad del terapeuta se ve retada cuando se enfrenta a la elaboración de la propuesta terapéutica para el paciente, ya que las estrategias psicológicas se adaptarán al cliente y no éste último a ellas. Nuestro principal objetivo es acompañarlo y ayudarlo a cumplir sus metas terapéuticas, para que salga adelante y tenga una vida funcional y de bienestar.

De ahí la importancia que se debiese de tener en el tema, una buena recomendación sería hacer más investigación al respecto, partiendo en que es paradójico que a pesar de que estos tipos de casos son muy comunes, no existe mucha documentación al respecto.

Por ello la invitación está en realizar investigaciones que relacionen la separación conyugal y el proceso de duelo que experimenta uno o ambos miembros de la pareja, y la relación que éste guarda en torno al perdón y al manejo adecuado de

expresión emocional; documentando los casos que los expertos vayan trabajando en sesión, porque puede dar respuesta a una serie de preguntas que van surgiendo en el proceso terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Kubli, E. (2007). **Domina la autoestima.** México: Árbol.
- Barbecho, F., Jackeline, P., & Trujillo Brito, P. G. (2013). *Estrategias psicoeducativas cognitivo-conductual para desarrollar habilidades sociales en la resolución de conflictos* (Bachelor's thesis).
- Beck, A. (2010) 19º edición. **Terapia cognitiva de la depresión.** Bilbao: Desclée De Brower.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G. (1996). **Manual de Depresión de Beck II.** Estados Unidos: Sociedad Psicológica.
- Beyebach, M. (2006). **24 ideas para una psicoterapia breve.** Barcelona: Herder.
- Carmona, C. (2012). Intervención al duelo por ruptura de pareja desde la terapia cognitivo conductual a partir del análisis de cuatro casos. **Revista Polisemia**, (13).
- De la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. **Revista Colombia de Psiquiatría**, 37 (2), 175-186.
- Fernandes Sisto, F., Marín Rueda, F. J., & Urquijo, S. (2010). Relación entre los constructos autocontrol y autoconcepto en niños y jóvenes. **Liberabit**, 16(2), 217-226.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). **Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.** Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Flores, L. V. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. **Revista de psicología**, 9(1), 121-125.
- Galdámez Velásquez, R. M. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad* (Doctoral dissertation, Facultad de Psicología).
- García, F. y Martínez, D. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. **Revista Ajayu**. 11 (2), 157-172.
- Gómez, A.B., Plans, B., Sánchez, M. y Sánchez D. (2003). **Cuadernos de Terapia Cognitivo-Conductual: Una orientación pedagógica e integradora.** Madrid: EOS.
- González-Ramírez. M.T., Juárez Carrillo, L.L. (2016). Análisis Funcional En Terapia Breve Cognitivo Conductual Centrada en Soluciones. **Revista electrónica de psicología de Iztacala**. 19 (3),1027-1039

- Gottman, J. y Silver, N. (2006). *7 reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Debolsillo clave.
- Guzmán, M. (2010). El perdón en relaciones cercanas: Conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicancias para la práctica clínica. *Psykhe (Santiago)*, 19(1), 19-30.
- Guzmán, M., Tapia, M. J., Tejada, M., & Valenzuela, K. (2014). Evaluación del perdón en relaciones de pareja: propiedades psicométricas del Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory (TRIM-18) en un contexto chileno. *Psykhe (Santiago)*, 23(2), 1-12.
- Guzmán-González, M., Alfaro, I., & Armenta, C. (2013). Perdón y satisfacción marital: una mirada desde lo sistémico. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 284-294.
- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272010000200011&script=sci_arttext
- Morales Rodríguez, D. (2015). *Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Morejón, A. R., & BEYEBACH, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. *M. Garrido y J. García (Comps.)*, *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Moreno, J., & Esparza, E. (2014). Estrategia de afrontamiento en la ruptura de pareja. *Integración asociada en psicología*, 2(5), 98-110.
- Peñafiel Muñoz, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 9(1), 53-86.
- Pinto Tapia, B. (2000). Terapia de pareja: una perspectiva cognitivo-sistémica. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 79-85.
- Prieto, M., Carrasco, J., Cagigal, V., Gismero, E., Martínez, P., y Muñoz, I. (2012). El perdón como herramienta clínica en Terapia Individual y de Pareja. *Revista Clínica Contemporánea*, 3 (2).
- Riojas, N. G., & Cisneros, B. E. C. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476.
- Sánchez, R. y Martínez, R. (2014). *Causas y caracterización de las etapas de duelo romántico*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 87-104. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22593/21326>
- Treviño, J. R., & Alcalá, J. C. R. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 610.

Valladares Terán, M. (2011). *Crecimiento personal a partir de una ruptura amorosa: Un estudio de caso a través de la terapia humanista existencial* (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito.