

Universidad Autónoma de Madrid
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud



**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA
DEPENDENCIA EMOCIONAL. SUPERACIÓN DE LA
DEPENDENCIA TRAS LA RUPTURA DE LA PAREJA**

Por: Alba Anguita Corbo

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
Propuesta y Valoración de un programa de intervención

Tutor: Manuel Gámez Guadix

2º curso del Máster en Psicología General Sanitaria

ÍNDICE DE CONTENIDO

MARCO TEÓRICO	2
Definición del constructo y objetivo del trabajo.....	2
La dependencia emocional como trastorno de personalidad	5
La dependencia emocional como adicción	6
Características de la dependencia emocional.....	8
Las parejas de los dependientes emocionales y la dependencia de tipo dominante ...	10
Factores causales y mantenedores	11
Propuesta de un tratamiento integrador para la dependencia emocional.....	13
MÉTODO	16
Descripción de la intervención propuesta para la dependencia emocional.....	16
VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	44
CONCLUSIONES.....	45
LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	46
REFERENCIAS:	48
ANEXOS	53

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL. SUPERACIÓN DE LA DEPENDENCIA TRAS LA RUPTURA DE LA PAREJA

AN INTERVENTION PROPOSAL FOR EMOTIONAL DEPENDENCE. OVERCOMING DEPENDENCY AFTER THE BREAKUP

Nombre: Alba Anguita Corbo

Resumen

La dependencia emocional es un tipo de dependencia interpersonal genuina por la que el individuo trata de cubrir una serie de necesidades emocionales insatisfechas mediante la relación de pareja. Según la investigación existente, constituye un tipo de adicción conductual, que lleva a las personas a tomar una posición sumisa en las relaciones de pareja. Causa un malestar significativo en quienes lo sufren e interfiere en varias esferas de la vida de los individuos, como el trabajo o las relaciones familiares y sociales. Las personas que padecen esta problemática comparten una serie de características, a saber: baja autoestima y pobre autoconcepto, miedo e intolerancia a la soledad, ansiedad ante la separación, déficits en asertividad, creencias distorsionadas sobre el amor romántico, pobre conciencia del problema e incapacidad para romper la relación a pesar del malestar que les ocasiona. En el presente trabajo se propone un plan de tratamiento integrador para la dependencia emocional tras la ruptura de la pareja, enfocando el problema como un tipo de adicción conductual. Se propone abordar las diferentes dificultades del paciente mediante el entrenamiento en distintas habilidades con el fin de dotarle de herramientas que faciliten la exposición a los estímulos condicionados que disparan las conductas de craving. Se considera de importancia el uso de un tratamiento integrador, que contenga elementos tanto cognitivos-conductuales, como de psicología positiva y de Mindfulness.

Keywords: dependencia, emocional, pareja, autoestima, asertividad, mindfulness, adicción

Abstract

Emotional dependence is a type of genuine interpersonal dependency whereby the individual tries to cover a series of emotional needs through the couple relationship. According to existing research, it would be a type of behavioral addiction, which leads people to take a submissive position in relationships. It causes significant discomfort in

those who suffer and interferes in various spheres of life of individuals, such as work or family and social relationships. People who suffer from this problem share a series of characteristics: low self-esteem and poor self-concept, fear and intolerance to loneliness, anxiety about separation, deficits in assertiveness, distorted beliefs about romantic love, poor awareness of the problem and disability to break the relationship despite the malaise that causes them. In the present work we propose an integrative treatment plan for emotional dependence after the breakup of the couple, focusing the problem as a type of behavioral addiction. It is proposed to address the different difficulties of the patient through training in different skills in order to provide tools to facilitate exposure to conditioned stimuli that trigger craving behaviors. It is considered of importance the use of an integrative treatment, containing both cognitive-behavioral elements, positive psychology and Mindfulness.

Keywords: dependency, emotional, couple, self-esteem, assertiveness, mindfulness, addiction

MARCO TEÓRICO

Definición del constructo y objetivo del trabajo

Las relaciones de pareja constituyen una de las dimensiones más relevantes y centrales de la vida de muchas personas, y pueden ser una importante fuente de refuerzo y bienestar físico y psicológico para los individuos. La figura de la pareja puede satisfacer necesidades de una manera saludable y adaptativa; puede proporcionar apoyo, cuidado, cariño o comprensión. Sin embargo, las relaciones románticas también pueden llegar a causar un malestar significativo para las personas e incluso interferir negativamente en otras esferas de sus vidas. Esto puede deberse a varios aspectos, entre ellos, a un mal funcionamiento del sistema de la pareja, a causas externas puntuales que desequilibren dicho sistema, o a posibles patologías de uno o ambos miembros. Un trastorno que desajusta altamente a los individuos y provoca un funcionamiento patológico de la pareja es la dependencia emocional.

La dependencia emocional es un “patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas” (Castelló, 2000). Es un tipo de dependencia relacional genuina, entendiendo las dependencias relacionales como trastornos caracterizados por la expresión de conductas de tipo adictivo en las relaciones interpersonales (Moral y Sirvent, 2008). Las relaciones que establece el

individuo con dependencia emocional son asimétricas, manifestando una actitud de sumisión hacia la otra persona (Moral y Sirvent, 2008). En el caso concreto de las relaciones de pareja, se trataría de una necesidad extrema de carácter afectivo que un individuo siente hacia su pareja (Castelló, 2000). Las dependencias interpersonales terminan por afectar al conjunto de sistemas del sujeto (Bornstein, 1992):

- **Cognición:** las personas que lo padecen mantienen creencias y esquemas sobre sí mismas como personas débiles y necesitadas, tienen preocupaciones, rumiaciones, celotipias, etc. Aunque las conductas de estos individuos puedan modificarse en función de la situación o en función de su percepción de ganancias o pérdidas en distintos momentos, las creencias se mantienen siempre estables y son las que guían el resto de sistemas del sujeto.
- **Emoción:** sufren miedo al abandono por parte de la pareja, ansiedad ante la separación, disforia intensa ante el rechazo, miedo a la evaluación negativa por parte de otros, etc.
- **Motivación:** sienten un impulso de buscar continuamente contacto con la pareja, deseos de protección y de ayuda, etc.
- **Conducta:** llevan a cabo conductas de sumisión, de complacencia, de búsqueda de contacto con la pareja, etc.

El individuo con este tipo de dependencia manifiesta, por tanto, pensamientos, creencias, emociones y conductas que giran en torno a la necesidad que mantiene por vincularse estrechamente con personas que son importantes para él (Hirschfeld et al., 1977), en este caso, con la pareja.

La dependencia emocional es un trastorno que provoca un malestar significativo no sólo en el individuo que la padece, también conlleva perjuicios para su círculo más cercano e incluso tiene consecuencias para la sociedad en general (Bornstein, 2012). Varias investigaciones han demostrado una correlación positiva entre la dependencia afectiva y sintomatología ansioso-depresiva (Ng y Bornstein, 2005; Sahar, 2008; Urbiola et al, 2014), así como con enfermedades físicas (Porcerelli, et al. 2009; Bornstein, 2012) y síntomas somáticos (Bornstein y Gold, 2008). También se han hallado evidencias que relacionan la dependencia con un mayor uso de los recursos sanitarios: requieren un mayor número de días de hospitalización (Porcerelli et al., 2009) y recurren en mayor medida al servicio de urgencias que la población normal (Bornstein, 2012). Se ha demostrado que estos pacientes puntúan más alto que pacientes no dependientes en varios

síntomas psicopatológicos como obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad o ideación paranoide (Santamaría et al., 2015; Abuín, 2015). La marcada necesidad de este tipo de pacientes hacia sus parejas y el miedo extremo a la ruptura de la relación explicarían la mayor probabilidad de los dependientes emocionales a verse envueltos en casos de violencia de género (Bornstein, 2006; Aiquipa, 2015), y a verse envueltos en problemas legales (Germán, 2010). Por último, se ha relacionado la dependencia emocional con una mayor tasa de suicidios (Loas y Defelice, 2012; citados por McClintock y Anderson, 2015).

Es un trastorno poco estudiado hasta la fecha (Santamaría et al., 2015), de hecho, no está recogido como tal en los manuales diagnósticos actuales (DSM-5 y CIE-10), a pesar de que los terapeutas se encuentran cada vez más con esta problemática en sus consultas (Cubas et al., 2004; Salcedo y Serra, 2013). Nos encontramos con investigaciones sobre el tema en las que nada menos que un 49.3% de la muestra recogida se declara dependiente emocional (Sirvent y Moral, 2007). Respecto a las diferencias de género, los datos son diversos. Hay investigadores que defienden que, debido tanto a causas biológicas como culturales, es un trastorno que afecta más a mujeres (Castelló, 2005; Aiquipa, 2012), aunque otros han observado que en la adolescencia parece ser que esta diferencia desaparece (González-Jiménez y Hernández-Rodera, 2014; Urbiola et al., 2014). Otro grupo de investigadores defiende que las diferencias entre ambos géneros se deben a la utilización de distintos instrumentos de medida: mientras que las mujeres puntúan más alto en dependencia emocional en medidas de autoinforme, no se encontrarían diferencias significativas si se utilizan otro tipo de medidas (Bornstein et al., 1993b).

Dado el crecimiento de esta problemática en la población, su ausencia en los manuales diagnósticos actuales, y las consecuencias físicas, psicológicas (e incluso económicas) que tienen tanto para los sujetos que la padecen como para la sociedad en general, el objetivo del presente trabajo es proponer un modelo de tratamiento para la dependencia emocional. A modo de introducción, se comenzará hablando de las diferentes posturas establecidas en la investigación sobre la dependencia emocional (tratada como trastorno de personalidad o como trastorno adictivo). Se continuará la introducción recogiendo las diferentes características psicopatológicas observadas por los investigadores, así como los factores causales y mantenedores definidos para este trastorno. Después, se exponen las características de las parejas que seleccionan los dependientes emocionales, y se menciona la dependencia “dominante” como un tipo particular de dependencia

emocional. La última parte de la introducción se dedica a la justificación de la propuesta de un tratamiento integrador para este trastorno.

La dependencia emocional como trastorno de personalidad

Hay autores que consideran la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad. Según el DSM-5, un trastorno de personalidad se define como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”. La dependencia emocional es una forma de dependencia interpersonal, las cuales causan en los individuos una “marcada necesidad de cuidado, protección y apoyo, incluso en situaciones en las cuales la persona es capaz de funcionar de manera autónoma y resolver conflictos/problemas por sí sola” (Borsntein, 1992, 1993a). El Trastorno de Personalidad por Dependencia (TDP) sería una de las formas existentes de dependencia interpersonal, aunque podemos encontrar formas menos rígidas caracterizadas por ciertos rasgos de personalidad dependientes, donde se situaría la dependencia emocional hacia la pareja.

Otros autores consideran que la dependencia emocional por sí misma cumple con los criterios del DSM para el trastorno de personalidad general (Castelló, 2005). Actualmente sólo cabría dentro de la categoría de Trastorno de la Personalidad no especificado. Castelló (2005) ha diseñado una categoría propia para la dependencia emocional, a la que ha denominado Trastorno de la Personalidad por Necesidades Emocionales. La define como “una tendencia persistente a las relaciones de pareja caracterizadas por el desequilibrio entre ambos miembros, la necesidad afectiva claramente excesiva hacia la otra persona y el sometimiento inapropiado hacia ella, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (Castelló, 2005). Este autor diferencia la dependencia emocional del TDP. Los pacientes con TDP tienen problemas de autonomía, y buscan que otras personas tomen decisiones por ellos, que les resuelvan problemas cotidianos, etc. La dependencia que manifiestan es meramente instrumental, mientras que los dependientes emocionales buscan satisfacer necesidades afectivas. La dependencia emocional sería un problema longitudinal en la vida del individuo, es decir, manifestaría los mismos problemas a lo largo de su vida y en todas sus relaciones de pareja. Si la dependencia se diese solamente con una pareja, según Castelló (2005) hablaríamos de dependencia emocional transversal o de adicción al amor.

También se han llevado a cabo investigaciones para tratar de relacionar este trastorno con variables de personalidad. Se han encontrado relaciones positivas, por ejemplo, entre la dependencia emocional y el nivel de neuroticismo y de búsqueda de sensaciones de los individuos. (Pincus y Gurtam, 1995).

La dependencia emocional como adicción

El DSM-5 ha incluido en el apartado dedicado a las adicciones el Trastorno por Juego, dando un paso así en el reconocimiento de la importancia de las adicciones sin sustancia. Algunos autores han propuesto que toda conducta que resulte placentera es susceptible de tornarse en conducta adictiva. El individuo se vuelve adicto cuando pierde el control de la conducta y continúa llevándola a cabo a pesar de las consecuencias negativas que repercuten en su bienestar (Echeburúa, 2000). Cuando surge dependencia psicológica, cuando se pierde el interés por otras actividades y cuando la práctica de la conducta interfiere en varias esferas de la vida del sujeto hablamos de adicción (Echeburúa, 2000). Conductas como el ejercicio físico, el sexo o en este caso, las relaciones de pareja podrían llegar a ser conductas adictivas.

Las dependencias relacionales son problemas caracterizados por la expresión de conductas de tipo adictivo en las relaciones interpersonales (Sirvent, 2000). La dependencia emocional, como se ha dicho más arriba, se encontraría clasificada dentro de las dependencias relacionales genuinas. Se definiría como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas que se tratan de paliar o satisfacer mediante relaciones interpersonales de una forma patológica (Moral y Sirvent, 2008). La adicción al amor también se incluye dentro de las dependencias relacionales genuinas. Esta adicción aparece cuando se da una necesidad imperiosa (craving) por estar con la pareja, la cual provoca en el sujeto conductas de búsqueda y acercamiento constantes (Reynaud et al., 2010). El individuo se comporta de esta manera a pesar de las consecuencias negativas que la adicción le ocasiona, y pierde el control de su propia conducta (Mayor, 2000; Sussman, 2010). Al igual que ocurre con los adictos a sustancias, los adictos al amor sufren anhedonia, pérdida de interés en otras actividades gratificantes y síndrome de abstinencia ante la ausencia de la pareja (Reynaud et al., 2010). Los adictos al amor despliegan conductas de dependencia hacia la pareja para reducir su soledad, para paliar reacciones de ansiedad o depresión, o bien porque buscan cumplir las expectativas que mantienen sobre el amor romántico y sobre cómo éste debiera ser (Feeney y Noller, 1990; citados por Sussman, 2010). A pesar de que existen muchas similitudes, hay diferencias

entre la adicción al amor y la dependencia emocional. Mientras que la dependencia del adicto al amor se focaliza en una sola pareja a lo largo de la vida del sujeto, el trastorno del dependiente emocional lo acompaña de forma longitudinal, estando presente a lo largo de su historia y, por tanto, sufriendo esta dependencia en todas (o casi todas) sus relaciones (Castelló, 2005). Se podría decir que esto es debido a que la dependencia emocional trae consigo una serie de variables de personalidad que muestran mayor estabilidad a lo largo de la historia del individuo.

Por otro lado, se encuentran las dependencias relacionales mediatizadas, que son aquellas asociadas a trastornos adictivos, a saber, codependencia y bidependencia. (Sirvent, 2000). La codependencia es la relación de dependencia que establece una persona, generalmente un familiar, hacia otro que consume drogas (Moral y Sirvent, 2008). La bidependencia es un hábito relacional acomodaticio que suele darse de manera interdependiente entre dos adictos (Moral y Sirvent, 2008).

Los trastornos relacionales, y por tanto la dependencia emocional, tienen componentes adicticofílicos que asemejan a los individuos que lo sufren con otros tipos de adictos. (Moral y Sirvent, 2008). Los dependientes emocionales padecen síndrome de abstinencia y craving ante la ausencia de su pareja (Mayor, 2000; Mallor, 2006; Moral y Sirvent, 2009a; Riso, 2009; Rodríguez de Medina, 2013; Sirvent, 2000). Tienen también componentes vinculares (como el estilo de relación sumiso con la pareja) y cognitivo-afectivos o patología asociada a la adicción (sentimientos negativos, negación, autoengaño, etc.) (Moral y Sirvent, 2008).

Varias investigaciones han encontrado evidencias biológicas de la similitud entre la adicción a sustancias y las dependencias relacionales (Fisher et al., 2002, 2010; Reynauld et al., 2010). Algunos estudios han hallado similitudes a nivel cerebral, utilizando técnicas de neuroimagen, entre la adicción al amor y la adicción a sustancias: activación de la ínsula, el cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal y la acción de neurotransmisores como la dopamina (Reynauld et al., 2010). En la atracción romántica no patológica, también encontramos similitudes con la adicción a sustancias: los elevados niveles de dopamina que ambas circunstancias producen desembocan en características psicofisiológicas similares a las de la atracción romántica: júbilo, euforia, energía excesiva, insomnio y pérdida del apetito (Fisher et al., 2002). Tras la ruptura por parte de la pareja, se activan en el cerebro las mismas áreas que se activan en el craving y en la adicción a la cocaína: núcleo accumbens, y las cortezas orbitofrontal y prefrontal (Fisher et al., 2010).

Para terminar este apartado, se mencionan algunos criterios que señalan a la dependencia emocional como un trastorno adictivo: a) la dependencia hacia la pareja aumenta a pesar del balance claramente negativo que arroja la relación; b) la ausencia de la pareja provoca síndrome de abstinencia; c) el individuo no tiene voluntad para abandonar la relación; d) hay una inversión desproporcionada de tiempo y esfuerzo para estar cerca de la pareja; e) el individuo abandona otras actividades o esferas de su vida para estar con la pareja; f) a pesar del malestar que supone estar en una relación disfuncional, el individuo sigue trabajando para mantener la relación (Riso, 2009).

En la revisión para la elaboración del marco teórico del presente trabajo, se ha encontrado una mayor cantidad de autores que entienden la dependencia emocional como un trastorno adictivo que como un trastorno de personalidad.

Características de la dependencia emocional

A partir de la literatura recogida sobre el tema, (Aiquipa, 2015; Bornstein, 1992, 1993a, 1993b Castelló, 2000, 2005; Lemos et al., 2007; Mallor, 2006; Mayor, 2000; Moral y Sirvent, 2008, 2009, 2011; Riso, 2009; Sussman, 2010; Urbiola et al., 2014) en el presente trabajo se han tratado de recopilar las características de la dependencia emocional que se han ido definiendo en las investigaciones existentes:

- Los dependientes emocionales presentan una autoestima muy baja y un autoconcepto negativo (Bornstein, 1992, Castelló, 2005, Moral y Sirvent, 2008; Urbiola, et al., 2014). El considerarse a sí mismos como seres vulnerables y necesitados podría originar el resto de manifestaciones de dependencia emocional. Por ejemplo, dicho autoconcepto despertaría motivaciones para complacer a aquellas figuras que puedan ofrecer apoyo y cuidado, y por tanto generará conductas sumisas y encaminadas a la búsqueda continua de dicha figura. Aunque la conducta de los pacientes con dependencia interpersonal pueda variar en función de las situaciones y según perciban beneficios o perjuicios en ellas, estas creencias sobre sí mismos permanecen constantes (Bornstein, 2005; citados por McClintock y Anderson, 2015).
- Tienen una conciencia limitada o nula del problema (Moral y Sirvent, 2012). Esto es debido a los mecanismos de negación y autoengaño que despliegan, que dificultan esta toma de conciencia (por ejemplo, tienen pensamientos del tipo “no puedo vivir sin él/ella”; “tampoco estábamos tan mal”, “seguro que no lo vuelve a hacer”, etc.). Distorsionan la realidad para reafirmarse en sus creencias y para tapar aspectos que

resultan socialmente cuestionables tanto para sí mismos como para las personas de su alrededor (Moral et al. 2012).

- Mantienen una posición subordinada en las relaciones. Se muestran sumisos con sus parejas, en detrimento de sus propias necesidades, opiniones, deseos, etc. Son capaces de soportar insultos, burlas, humillaciones y hasta maltrato físico (Castelló, 2005; Bornstein, 2006; Aiquipa, 2015). Destinan la mayor parte de su tiempo y esfuerzo en estar junto a la pareja, en detrimento de otras actividades, como trabajo, hobbies o pasar tiempo con la familia y amigos (Castelló, 2005; Moral y Sirvent, 2008; Riso, 2009).
- Llevan a cabo grandes esfuerzos para mantener la relación a pesar de estar sufriendo. Incapacidad para romper la relación (Moral y Sirvent, 2009a, Riso, 2009,).
- Suelen presentar comorbilidades con ansiedad y depresión o sintomatología ansioso-depresiva (Castelló, 2005; Sahar, 2008; Urbiola et al. 2014). En menor medida, también se encuentran comorbilidades con trastornos de alimentación (Prichard y Yalch, 2009, citados por McClintock y Anderson, 2015).
- Tienen unas habilidades sociales muy pobres, marcadas por una escasa asertividad (Mayor, 2000; Cubas et al., 2004; Castelló, 2005; Moral et al. 2011). Esta característica estaría relacionada con el autoconcepto negativo que mantienen. Los pacientes con dependencia emocional no han desarrollado una autopercepción identitaria; no expresan emociones ni opiniones importantes para ellos porque perciben que los de su pareja son más importantes (Hoogstad, 2008; Moral et al., 2011).
- Presentan un estado de ánimo negativo o disfórico (Castelló, 2000; Moral y Sirvent, 2009a; Sirvent y Moral, 2007). Se aprecian cambios notables en el estado de ánimo cuando, tras romper la relación con su pareja, reciben noticias de la misma o consideran que hay posibilidad de retomar la relación tras un acercamiento (Castelló, 2005).
- Su expresión corporal denota tristeza continua y desvalimiento (Castelló, 2005). Se han encontrado relaciones positivas entre el nivel de dependencia emocional y la frecuencia de la conducta de llorar. No obstante, esta correlación no sólo se debe a la existencia de un afecto negativo como responsable del llanto; los dependientes emocionales lo utilizarían además como una forma de comunicación para buscar apoyo o proximidad de los demás (Fiori et al., 2015).

- Tienen un locus de control externo (Sirvent y Moral, 2007). Cometen “falacias de control”, pasando de creerse responsables de cualquier acontecimiento de sus vidas a verse impotentes y sin capacidad alguna de ejercer control. Esta distorsión cognitiva genera una gran angustia en los dependientes emocionales (Lemos et al., 2007).
- Mantienen unas creencias rígidas y exageradas sobre el amor romántico y sobre cómo éste debe ser. Cometen distorsiones cognitivas del tipo “deberías” sobre las relaciones amorosas (Lemos et al., 2007).
- La ausencia de la pareja o la ruptura de la relación provoca síndrome de abstinencia y *craving*: sentimientos de dolor, de soledad e intentos continuos de estar con la pareja o de retomar la relación como sea (Castelló, 2005; Mayor, 2000; Mallor, 2006; Moral y Sirvent, 2009a, 2009b).
- Suelen tener varias parejas a lo largo de su vida. Son escasos los periodos en los que no mantienen una relación (Castelló, 2005).
- Tienen miedo e intolerancia a la soledad y a la frustración, lo que les produce una enorme ansiedad ante la separación (Bornstein, 2011; Castelló, 2005; Moral y Sirvent, 2008; Riso, 2009). Esto es una consecuencia de su baja autoestima; no soportan estar solos consigo mismos por lo que buscan estar continuamente con su pareja. Las conductas de comprobación (espíar a la pareja, leer los mensajes de su móvil, sus correos, etc.) y las de reparación (intentos desesperados por ser perdonados, reparación de objetos dañados en discusiones, etc.) se manifestarían cuando la persona pretende evitar sus experiencias privadas (Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013). Los dependientes emocionales se muestran muy capaces en otras facetas de su vida, como los estudios, el trabajo, tareas o gestiones cotidianas, por lo que el miedo que sufren a la soledad no se debe a su incapacidad o a una escasa habilidad para resolverse en la vida diaria (como podría ser el caso de los pacientes con TDP). Su necesidad del otro es meramente emocional (Castelló, 2005).

Las parejas de los dependientes emocionales y la dependencia de tipo dominante

Se han tratado de identificar también las características de las parejas que suelen seleccionar los dependientes emocionales. Estas parejas suelen tener una autoestima alta o muy alta (pueden incluso llegar a ser narcisistas), y son personas explotadoras (Castelló, 2005; Moral y Sirvent, 2008, 2009a).

La dependencia “dominante” es un tipo particular de dependencia emocional (Castelló, 2005). Las características de este tipo de dependiente atípico son parecidas a

las que se han mencionado para las parejas de los dependientes emocionales “más comunes”, pero encontramos algunas diferencias. La pareja del dependiente emocional no limitará su red interpersonal para dedicar todo el tiempo a su pareja, mientras que el dominante buscará que ambos permanezcan en una especie de esfera alejados del mundo. Ante una ruptura, la pareja del dependiente emocional no busca retomar la relación (de hecho, suelen ser ellos los artífices de la ruptura), mientras que el dependiente dominante recurrirá a súplicas, ruegos, amenazas, o todo lo que esté en su mano para retomar la relación (Castelló, 2005). Podría ser el tipo de dependencia característico de los maltratadores de género. De hecho, se ha encontrado una correlación positiva entre violencia de género y dependencia emocional en hombres (Bornstein, 2006).

Factores causales y mantenedores

A partir de la literatura consultada (Bowly, 1982; Castelló, 2005; Fraley y Shaver, 1998; Hazan y Shaver, 1987; Hoogstad, 2008; Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013), se exponen a continuación los factores causales y mantenedores de la dependencia emocional que se consideran relevantes para el presente trabajo:

- Factores causales:
 - Vivencia de un apego inseguro o evitativo con la figura de referencia durante la infancia: siguiendo la teoría del apego de Bowlby (1982), las experiencias con las figuras de apego vividas en la infancia establecen esquemas en las personas (*working models*) que guían su comportamiento interpersonal en la edad adulta. Varios autores afirman la relación entre el tipo de apego vivido en la infancia y el tipo de apego que se establece en la adultez en las relaciones románticas (Fraley y Shaver, 1998; Hazan y Shaver, 1987). A nivel cerebral se han encontrado similitudes entre el funcionamiento durante el amor materno y durante el amor romántico: la función del juicio está suspendida, y en ambos hay activación del núcleo estriado (Bartels y Zeki, 2004). Es una evidencia biológica de la relación entre el apego vivido en la infancia y el que se establece en las relaciones de pareja en la edad adulta. Esta relación puede deberse a que ambas formas de amor comparten un mismo propósito evolutivo (mantener el desarrollo de la especie), así como una misma función (lograr que los individuos permanezcan juntos por un período de tiempo).

Un tipo de apego inseguro en la niñez puede desembocar en conductas dependientes del individuo. La sobreprotección por parte de los padres durante la infancia podría producir problemas de dependencia emocional, debido a que no se permite a los individuos llevar a cabo conductas de manera autónoma (Bornstein, 1992; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013). La vivencia de un apego inseguro durante la infancia tendrá su repercusión a nivel cerebral, limitando la función de la corteza orbitofrontal para regular emociones como el miedo, el enfado, etc. (Goleman, 2006; citado por Rodríguez de Medina, 2013). El apego inseguro durante la infancia presenta similitudes con la conducta de los pacientes con dependencia emocional: temor ante la pérdida de la figura de apego, búsqueda de proximidad y ansiedad ante la separación (Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013).

Si el sujeto vive una relación de apego evitativo con su figura de referencia en la infancia, puede llegar a formarse un esquema en el que las figuras de apego son seres inalcanzables, fríos y distantes, con los que tendrá que desplegar todos sus recursos y esfuerzos para lograr su atención o cariño. Con respecto a sí mismos, el autoconcepto que forman es negativo. No se consideran personas dignas de recibir amor, y su autoestima y la visión que tienen de sí mismos la forman a partir del comportamiento de los otros con ellos (Castelló, 2005).

Un tipo de apego seguro ayuda al sujeto a formar una identidad sólida, con la que conseguirá establecer relaciones interpersonales de calidad. Sin embargo, con un apego de tipo inseguro o evitativo el individuo formaría una identidad de límites difusos, que se solaparían con los de los demás en las relaciones interpersonales desembocando en relaciones dependientes o codependientes (“pseudosimbiosis”) (Hoogstad, 2008; Moral y Sirvent, 2009a).

- Mantenimiento de la vinculación: el desarrollo de la dependencia emocional no sólo se debe al tipo de apego vivido en la infancia, también depende de la reacción del individuo ante esas situaciones (Castelló, 2000). A pesar de la vivencia de apegos inseguros o evitativos, los sujetos que terminan desarrollando dependencia emocional optaron de niños por vincularse de forma estrecha a sus figuras de apego. Si la vinculación establecida es más moderada, su autoestima y su autoconcepto no dependerían tanto de los demás y serían más positivos (Castelló, 2005).
- Factores mantenedores de la dependencia emocional:

- Los esquemas cognitivos construidos durante la infancia mantienen una serie de pensamientos, creencias y emociones que determinan la conducta típica en la edad adulta (Bornstein, 1992; Bowlby, 1982) del dependiente emocional (Castelló, 2005)
- El comportamiento sobreprotector de los padres aumenta la frecuencia de conductas dependientes en los hijos, que a su vez refuerza la conducta parental sobreprotectora (Bornstein, 1992). El repertorio conductual del dependiente emocional, por tanto, es mantenido a su vez por las respuestas que provoca en el resto de personas con las que interactúa, que refuerzan esta manera de comportarse (Castelló, 2005).

Propuesta de un tratamiento integrador para la dependencia emocional

A partir de la literatura consultada (Aiquipa, 2015; Bornstein, 1992, 1993a, 1993b 2006, 2012; Castelló, 2000, 2005; Hoogstad, 2008; Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013; Lemos et al. 2006, 2007; Moral y Sirvent, 2007, 2008, 2014; Riso, 2009; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013; Sahar, 2008; Sirvent, 2000; Urbiola et al., 2014) se ofrece la siguiente definición para la dependencia emocional: repertorio de conductas (incluyendo aquí pensamientos y emociones) que llevan al individuo a una búsqueda constante de contacto con su pareja. El sujeto dedica a ello todos sus esfuerzos, aunque la relación arroje un claro balance negativo, y lo hace en detrimento de su propio bienestar. Descuida otras áreas de su vida como la autonomía, el ocio, el crecimiento a nivel laboral o académico, las relaciones interpersonales, e incluso su salud física y psicológica, ya que está dispuesto a soportar toda clase de ataques en su contra con tal de mantener la relación.

En base a los trabajos consultados (Aiquipa, 2015; Bornstein, 1992, 1993a, 1993b 2006, 2012; Castelló, 2000, 2005; Hoogstad, 2008; Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013; Lemos et al. 2006, 2007; Moral y Sirvent, 2007, 2008, 2009, 2014; Riso, 2009; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013; Sahar, 2008; Sirvent, 2000; Urbiola et al., 2014), en el presente trabajo se considera la dependencia emocional como un trastorno de tipo adictivo ocasionado ante la vulnerabilidad provocada por ciertas variables personales:

- Experiencias tempranas de apego inseguro
- Pobre conciencia del problema (provocada por el despliegue de mecanismos de negación y autoengaño)

- Baja autoestima
- Pobre autoconcepto
- Miedo exagerado/intolerancia a la soledad y ansiedad ante la separación
- Dificultad para regular las emociones
- Déficits en habilidades sociales (particularmente, en asertividad)
- Creencias erróneas sobre el amor romántico
- Distorsiones cognitivas
- Incapacidad para resolver el problema por sí solos

Todas estas variables producen necesidades o malestares en el individuo, que pretende paliar con la relación de pareja, ya que no conoce otra forma de hacerlo. Al igual que ocurre en el consumo de sustancias, se comienza la relación de pareja por los refuerzos positivos que trae consigo, pero a medida que avanza en el tiempo se trata de mantener la relación por los refuerzos negativos que se obtienen a corto plazo (alivio del malestar por la separación).

Se enfocará el plan de tratamiento como una intervención para adicciones conductuales, integrando elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual, de la Psicología Positiva, de Mindfulness e incluso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se comenzarán prescribiendo pautas de control de estímulos para favorecer la abstinencia del paciente. Se continuará entrenando en diversas habilidades (pautas para el aumento de la autoestima, asertividad, solución de problemas, etc.) que aumenten su capacidad de afrontamiento y de resolución. Se trabajará para aumentar la tolerancia del paciente ante el malestar y el miedo a la soledad. Posteriormente, se llevarán a cabo técnicas de exposición ante los estímulos desencadenantes del malestar (pensamientos o recuerdos sobre la pareja, aparición de estímulos relacionados con la pareja, etc.). y del síndrome de abstinencia, con el objetivo de reducir las conductas de craving. Por último, se llevará a cabo con el paciente un plan de prevención de recaídas.

A lo largo de toda la terapia, se plantea como necesario el entrenamiento en Mindfulness con el objetivo de favorecer el avance en las fases antes comentadas. Recientes estudios han demostrado la utilidad de la práctica de Mindfulness para reducir los síntomas afectivos de la dependencia interpersonal (McClintock y Anderson, 2015; McClintock, Anderson y Cranston, 2015). En dichos estudios, se lograron reducir los niveles de ansiedad y los estados de ánimo negativos en los participantes con dependencia tras el entrenamiento en Mindfulness. El Mindfulness también ayuda a mitigar el estrés

interpersonal (Creswell et al., 2006; citados por McClintock y Anderson, 2015). Puede ayudar, además, a aumentar la eficacia de las técnicas de exposición al favorecer la habituación y la desensibilización (Bishop et al., 2004; citados por McClintock y Anderson, 2015) a los estímulos que desencadenan el craving y el malestar del síndrome de abstinencia. Se ha demostrado que el entrenamiento en Mindfulness favorece el aumento en autoestima (De la Fuente, Salvador y Franco, 2010). Fomenta la aceptación de las propias experiencias internas de una forma no valorativa (Bishop et al. 2004; citados por McClintock y Anderson, 2015). Dado que los dependientes emocionales no toleran estas experiencias internas, tratan de evitarlas centrándose en la figura de la que dependen. Es una práctica que también favorece la regulación emocional. Con respecto a la fase de prevención de recaídas, el Mindfulness fomentaría el desarrollo de una mayor conciencia y aceptación de los pensamientos y emociones, ayudando al paciente a afrontar las situaciones de alto riesgo de recaída (Blasco et al., 2008).

Además de la práctica de Mindfulness, también se han incluido en la terapia ejercicios de psicología positiva. Como consecuencia del problema, cabe esperar que el paciente haya reducido las fuentes de refuerzo de su ambiente para centrarse únicamente en la pareja. A medida que avanza en el tratamiento, el foco atencional del individuo dejará de situarse únicamente sobre los aspectos negativos de su vida, y comenzará a abrirse hacia los aspectos positivos. En este punto, los ejercicios de psicología positiva, junto con la planificación de actividades agradables, ayudarán a generar en el paciente emociones positivas. Se propone también el trabajo en la identificación y en la aplicación de las Fortalezas Personales (Peterson, Park, y Seligman, 2005) del paciente. Con ello se pretende no sólo un aumento en el nivel de emociones positivas, sino también en sus niveles de autonomía y de autoestima.

Por último, se añaden elementos de ACT para trabajar la intolerancia a la soledad, el miedo al abandono y los pensamientos que estas emociones desencadenan (*“No sirvo para nada”, “Voy a morir solo”, “¿Quién me va a querer a mí?”; etc.*). Estos estados internos guían la conducta del dependiente emocional, que busca continuamente cualquier contacto con la pareja. Esta búsqueda se ve reforzada negativamente, ya que mientras está con la figura de la que dependen encuentran alivio de ese malestar. Se espera que los ejercicios de ACT incluidos en las últimas fases del tratamiento ayuden a defusionar el pensamiento/emoción de la conducta.

A la hora de llevar a cabo una terapia con este tipo de pacientes, nos encontraremos con aspectos positivos y negativos derivados de este trastorno en particular. Por una parte,

son pacientes que suelen tener una buena adherencia al tratamiento, y suelen mostrarse participativos llevando a cabo las prescripciones del terapeuta (Bornstein, 1993a). Esto es debido a su necesidad de agradar a las figuras de autoridad. Por otra parte, debido a la dependencia que muestran hacia otros, viven el final de la terapia como algo catastrófico, lo que puede ser una dificultad para el terapeuta.

Dado que la mayor parte de los pacientes dependientes emocionales acuden por primera vez a consulta tras la ruptura de la relación, el modelo de intervención que se plantea en este trabajo está enfocado al tratamiento tras la ruptura. Se especifica de esta forma porque se pretende comenzar la terapia prescribiendo la abstinencia a la figura de la que se depende. Si se considera la terapia para dependientes emocionales que mantengan su relación, será necesario otro planteamiento e, incluso, llevar a cabo terapia de pareja a lo largo del tratamiento.

MÉTODO

Descripción de la intervención propuesta para la dependencia emocional

Se expone a continuación, sesión a sesión, el plan de tratamiento diseñado para la dependencia emocional a la pareja tras la ruptura de la relación. Se proponen 20 sesiones de 1 hora y media cada una. Se plantean sesiones semanales, hasta la fase de prevención de recaídas, en la que se espaciarán las sesiones entre sí 15 días y un mes. Las sesiones 19 y 20, de seguimiento, tendrán lugar a los 6 meses y al año. El ANEXO 1 recoge la intervención completa en un cuadro de manera esquematizada.

Sesión 1: Evaluación de la dependencia emocional

El primer paso es la evaluación del paciente, que comenzará con una entrevista clínica.

Tras delimitar el motivo de consulta (intensidad, frecuencia y duración del problema), y tras haber recogido los datos personales del paciente, se sugiere un tipo específico de entrevista clínica para evaluar la dependencia emocional, propuesta por Castelló (2005):

1. ¿Cómo definirías la relación con tu familia cuando eras pequeño/a? ¿Dirías que tu infancia fue feliz? ¿Podrías describir a tu familia y tu relación con cada miembro?
2. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido a lo largo de tu vida?
3. ¿Qué tipo de personas te gustan como pareja?

4. ¿Qué papel has asumido en tus relaciones? ¿Crees que has sido dominante, sumiso, admirador de tu pareja, necesitado de cariño, independiente etc.?
5. ¿Consideras que tus relaciones han sido equilibradas? ¿Ambos aportabais emocionalmente lo mismo?
6. ¿Qué tipo de cosas has soportado para que la relación no se rompiera?
7. ¿Necesitas siempre la compañía de tu pareja o estar en contacto con ella, hasta el punto de resultar una molestia en muchas ocasiones?
8. ¿Has dedicado tiempo a tus amistades o a tus responsabilidades laborales y familiares mientras estabas en pareja, o las has descuidado para vivir solo para ella?
9. ¿Al principio de la relación, te ilusionas y te entregas demasiado?
10. En tus relaciones de pareja, ¿quién ha roto las relaciones? ¿Cómo te has sentido tras la ruptura?
11. ¿Has seguido buscando contacto con tus ex parejas para implorarles reanudar la relación? ¿Has intentado empezar inmediatamente otra?
12. ¿Durante cuánto tiempo has estado sin pareja después de una relación? ¿Por qué?
13. ¿Alguna vez has recibido tratamiento por problemas de ansiedad o depresión, o has sentido que lo necesitabas?
14. ¿Has sufrido o sufres actualmente problemas con la comida? ¿Has sufrido o sufres dolores en tu cuerpo sin aparente explicación?
15. ¿Intentas siempre ser aceptado por la gente y causar buena impresión?
16. ¿Te quieres a ti mismo?

Conviene también evaluar la existencia de otras posibles adicciones y de ideaciones suicidas.

Para completar la evaluación de la dependencia emocional, se sugiere la utilización de una prueba psicométrica para medir el nivel del trastorno. En el presente trabajo se ha seleccionado de entre todas las pruebas existentes de dependencia interpersonal el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006). Esta prueba cuenta con 23 ítems y 6 factores (Ansiedad de separación, Expresión afectiva de la pareja, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite y Búsqueda de atención). Durante el desarrollo de la prueba, las autoras obtuvieron un Alpha de Cronbach de 0.927, y un 64,7% de varianza explicada. Cada ítem es una escala tipo Likert de 1 a 6 (“Completamente falso” - “Me describe perfectamente”). Los resultados

del cuestionario nos ayudarán a clarificar si el problema que trae el paciente a consulta se debe al sufrimiento normal que trae consigo la ruptura de una relación, o por el contrario estamos ante un caso de dependencia emocional.

Una vez se hayan recabado los datos suficientes en la evaluación inicial, se llevará a cabo un diagnóstico diferencial que nos permita excluir otras problemáticas posibles, a saber:

- Trastorno de Personalidad por Dependencia (TPD): el paciente con dependencia emocional presentará un tipo de dependencia afectiva, mientras que el paciente con TDP mostrará un tipo de dependencia instrumental. El TPD provoca dependencia generalmente hacia varias personas (padre, madre, hermanos, pareja, etc.), mientras que la dependencia emocional se focalizaría solamente en la pareja.
- Trastornos del Estado de Ánimo (especialmente Depresión Mayor y Trastorno Distímico): no hay que descartar un Trastorno del Estado de Ánimo en pacientes con dependencia emocional ya que pueden darse ambos de forma comórbida. Y más aún, tras la ruptura de la relación. Una entrevista más exhaustiva con el paciente nos ayudará a delimitar el diagnóstico:
 - Examinar cómo eran sus pensamientos, emociones y conductas antes de la aparición del trastorno, su nivel de autoestima, etc.
 - Examinar el historial de relaciones amorosas: observar si eran relaciones simétricas, cómo se vivieron los finales de la relación, como experimentó los periodos de soledad, etc.

Si es preciso, se puede recurrir al uso de alguna prueba psicométrica que nos ayude a discernir la existencia de una posible depresión, como el BDI-II (Inventario de Depresión de Beck –II). Esta prueba consta de 21 ítems, cada uno de ellos es una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3). Evalúa síntomas de depresión incluidos en los manuales diagnósticos actuales, como tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa, de fracaso, llanto, ideas de suicidio, etc. Presenta una buena consistencia interna. La adaptación española fue llevada a cabo por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003).

- Trastornos de Ansiedad: al igual que ocurre con los trastornos del estado de ánimo, tampoco podemos descartar la existencia de algún trastorno de ansiedad o de sintomatología ansiosa. Se puede recurrir al Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

(State-Trait Anxiety Inventory STAI; Spielberger, et al., 1994) para discernirlo. Esta prueba está formada por dos escalas, y cada una mide un concepto distinto de ansiedad: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Las escalas cuentan con 20 ítems cada una. Cada ítem es una escala tipo Likert de 4 puntos (van de 0 a 3). Las puntuaciones pueden ir de 0 a 60. Sus propiedades psicométricas han sido revisadas en varias ocasiones. Se han obtenido buenos índices de fiabilidad para las dos escalas: .94 para ansiedad-estado y .90 para ansiedad-rasgo (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

- Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): los pacientes con TLP suelen tener dependencia, al igual que en el TPD, hacia varias personas (madre, pareja, etc.). Pero el vínculo con estas personas objeto de dependencia es oscilante; viaja constantemente de un extremo a otro del continuo vinculación-desvinculación. Los síntomas en TLP son mucho más espectaculares y se manifiestan en varias dimensiones de la vida del sujeto (no sólo en la relación de pareja) (Castelló, 2005).
- Adicción al amor: para diagnosticar adicción al amor, el paciente tiene que estar en una relación en la actualidad (Castelló, 2005). Podría entenderse como una perpetuación de la fase de enamoramiento. El adicto al amor sería dependiente emocional solo en la relación actual. No encontraríamos señales de dependencia si le preguntamos por su historial de relaciones.
- Codependencia: las personas codependientes se encuentran vinculadas a personas adictas, mientras que los pacientes con dependencia emocional no necesariamente. Las conductas que lleva a cabo el codependiente son más “altruistas”, mientras que el dependiente emocional solo busca satisfacer sus necesidades afectivas (Castelló, 2000).
- Trastorno de dependencia emocional: tendría las características descritas en el marco teórico, y encontraríamos a partir de la entrevista los factores causales y mantenedores. Obtendríamos puntuaciones que determinan dependencia emocional mediante el CDE.

Es relevante prescribir algún tipo de conducta o actividad al paciente desde la primera sesión, encaminada a mejorar algún aspecto de su vida. Puede ser una conducta o actividad relacionada con la alimentación o con el ejercicio físico, algo que no suponga un gran esfuerzo para el paciente, pero que sepamos que puede llevar a cabo: comer cuatro raciones de verdura a la semana, pasear media hora todos los días, etc.

Tras la primera sesión, el terapeuta llevará a cabo un Análisis Funcional de la conducta del paciente.

ANÁLISIS FUNCIONAL

El siguiente paso tras la evaluación es la realización de un Análisis Funcional. Éste ayudará tanto al terapeuta como al paciente a comprender mejor la funcionalidad de la conducta dependiente. El Análisis Funcional será diferente en cada paciente; a continuación, se expone un ejemplo de análisis con algunas conductas típicas del trastorno:

Hipótesis de Origen:

Antecedentes (A)	Conductas (B)	Consecuentes (C)
<p>Estilos de apego inseguro o evitativo en la relación con los padres. Sobreprotección.</p> <p>Formación de una baja autoestima</p> <p>Formación de un pobre autoconcepto</p>	<p>Nivel fisiológico: respuestas de ansiedad</p> <p>Nivel cognitivo: pensamientos sobre uno mismo como alguien desvalido y necesitado; autoevaluaciones negativas</p> <p>Nivel emocional: emociones negativas (sensación de indefensión, miedo, ansiedad ante la separación)</p> <p>Nivel conductual: conductas de sumisión, conductas de búsqueda de contacto interpersonal</p>	<p>Refuerzo positivo (aprobación por parte de los padres)</p> <p>Refuerzos negativos (aumenta sobreprotección de los padres, que alivia la ansiedad del paciente)</p> <p>(Obtención de contacto interpersonal alivia el malestar)</p>
<p>Comienzo de una relación</p>	<p>Nivel fisiológico: palpitaciones, sensación de “mariposas en el estómago”, etc.</p> <p>Nivel cognitivo: pensamientos en torno a la nueva pareja, reducción de pensamientos sobre uno mismo.</p> <p>Nivel emocional: felicidad, alegría, tranquilidad, alivio, etc.</p> <p>Nivel conductual: conductas de búsqueda de contacto con la pareja, conductas de sumisión para agradar a la pareja; reducción</p>	<p>Refuerzo positivo</p> <p>Refuerzo negativo (reducción de pensamientos sobre sí mismo)</p>

	de las actividades y compromisos sociales, reducción de hobbies, etc.	
<p>Evolución de la relación: La pareja busca cada vez mayor independencia del paciente. Comienzan y se van intensificando las conductas agresivas y dominantes por parte de la pareja</p>	<p>Nivel fisiológico: ansiedad, dolor de estómago, opresión en el pecho, dificultades para dormir, etc.</p> <p>Nivel cognitivo: pensamientos sobre uno mismo como alguien necesitado y vulnerable, celotipias, etc.</p> <p>Nivel emocional: angustia, tristeza, ansiedad ante la separación, dolor emocional provocado por el síndrome de abstinencia cuando la pareja está ausente, etc.</p> <p>Nivel conductual: conductas de búsqueda de contacto con la pareja (llamadas, mensajes, etc.); conductas de sumisión como respuesta a las conductas agresivas</p>	<p>Refuerzo negativo (alivio del malestar cuando logra contacto por parte de la pareja)</p>

Hipótesis actual:

Antecedentes (A)	Conductas (B)	Consecuentes (C)
<p>Ruptura de la relación</p> <p>Antecedentes ambientales: estímulos que recuerden a la expareja (fotografías, ropa, sitios que han visitado juntos, películas que han visto juntos, etc.)</p>	<p>Nivel fisiológico: síntomas psicossomáticos (dolor de estómago, opresión en el pecho, problemas para dormir, etc.)</p> <p>Nivel cognitivo: Pensamientos sobre uno mismo como alguien necesitado y vulnerable.</p> <p>Creencias desajustadas sobre la pareja (“sin él/ella no soy nada”, “en el amor</p>	<p>Refuerzo negativo (alivio del malestar a corto plazo cuando consigue contactar con la pareja)</p> <p>Refuerzo negativo (minimización del esfuerzo al interrumpir actividades y compromisos sociales)</p>

	<p>siempre se sufre”, “para ser feliz necesito a mi media naranja”)</p> <p>Nivel emocional: ansiedad, sentimientos de indefensión, de soledad, tristeza, añoranza, merma de la autoestima</p> <p>Nivel conductual: búsqueda de contacto con la expareja (llamadas, mensajes, persecuciones, seguimiento mediante el uso de redes sociales, etc.)</p> <p>Dejar de salir con amigos, dejar de ver a familiares, dejar de practicar actividades agradables, etc.)</p>	
--	--	--

Variables moduladoras:

- Historia de apego inseguro o evitativo en la infancia.

Como en las adicciones a sustancias, la mayor parte de las conductas provocan en el individuo un refuerzo negativo que sólo ayuda a perpetuar el problema.

Objetivos de la intervención y técnicas a utilizar

Dado que la dependencia emocional no está recogida en los manuales clínicos actuales, no hallaremos Tratamientos Basados en la Evidencia. A partir de los síntomas recogidos en la literatura existente y de la evaluación del paciente se determinarán las técnicas a utilizar.

A continuación, se exponen los objetivos terapéuticos que se pretenden lograr con la intervención:

- Lograr una mejor conciencia del problema. Reducir los mecanismos de autoengaño y negación.
 - Psicoeducación (sobre qué es la dependencia emocional, sus características, las fases de la relación de pareja en la dependiente emocional, etc.)
 - Entrevista motivacional
 - Balance decisional
- Superar el síndrome de abstinencia:

- Prescripción de la abstinencia: evitación de cualquier contacto con la expareja
- Control de estímulos
- Aumentar el nivel de autoestima:
 - Detección de pensamientos automáticos y creencias negativas sobre uno mismo
 - Reestructuración cognitiva
 - Fomento de pensamientos positivos sobre uno mismo
 - Planificación de actividades agradables
 - Identificación y trabajo con las fortalezas personales
- Fomento de la autonomía:
 - Planificación de actividades, de menor a mayor dificultad
 - Entrenamiento en solución de problemas
- Aumentar la cantidad de emociones positivas:
 - Planificación de actividades agradables
 - Ejercicios de psicología positiva para fomentar emociones como gratitud o la autocompasión
- Aumentar el nivel de asertividad:
 - Entrenamiento en habilidades sociales
- Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos:
 - Defusión cognitiva
 - Ejercicios de Mindfulness
- Aumentar la regulación emocional:
 - Estrategias a corto plazo: reevaluación positiva, respiración diafragmática, estrategias proactivas para anticiparse a las situaciones, etc.
 - Estrategias a largo plazo: entrenamiento en Mindfulness (a lo largo de todo el proceso terapéutico). Fomento de prácticas saludables como el ejercicio físico.
- Favorecer la habituación a los estímulos condicionados disparadores del síndrome de abstinencia:
 - Exposición gradual en imaginación
 - Exposición gradual real
- Prevención de recaídas:

- Identificación de situaciones de alto riesgo
- Elaboración de un plan de acción para dichas situaciones
- Elaboración de un plan de acción en caso de recaída

Para comprobar la eficacia de la intervención, se sugiere la utilización de las siguientes pruebas psicométricas para evaluar los momentos pre y post (además del CDE):

- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1989) para evaluar el nivel de autoestima. Es una escala que consta de 10 ítems, y el paciente debe puntuar cada uno de ellos de 1 a 4 (la menor puntuación que se puede obtener es 10, mientras que la máxima es 40). A mayor puntuación obtenida, mayor autoestima. Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, (2007) trabajaron en la adaptación española. Obtuvieron un coeficiente Alpha de Cronbach de .85 y .88 en dos administraciones de la escala, y una correlación test-retest de .84.
- Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, “Rathus Assertiveness Schedule”, Rathus, 1973) para evaluar los niveles de asertividad. Cuenta con 30 ítems, que deben puntuarse entre +3 (“Muy característico en mí”) y -3 (“Muy poco característico en mí”). No se incluye 0. Puntuaciones positivas altas se corresponden con una alta habilidad social, mientras que puntuaciones negativas bajas se corresponden con una baja habilidad social. Tiene una buena fiabilidad test-retest, de .76 a .80, y una consistencia interna de .73 a .86.
- Escala para medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE, Pick et al., 2007), para evaluar la agencia personal y el empoderamiento del paciente. Esta prueba está formada por dos escalas, la de agencia personal (con 35 reactivos) y la de empoderamiento (con 7). Ambas escalas han mostrado una buena consistencia interna, arrojando Alphas de Cronbach de .718 y .749 respectivamente. Si se dan cambios en la autonomía del paciente, debería aumentar su percepción de autoeficacia y los niveles de agencia personal, entendida como la “capacidad de predicción y control que la persona tiene sobre las elecciones, decisiones y acciones de las cuales es responsable” (Pick et al., 2007).

Sesión 2: Aumentar la conciencia del problema y la motivación para el cambio

Es posible que el paciente llegue a consulta en una fase de contemplación o incluso de precontemplación, según el modelo de Prochaska-Diclemente (Miller y Rollnick, 1999). Acude a consulta porque siente un gran malestar que no sabe cómo gestionar. Para

aumentar su conciencia del problema, el terapeuta deberá ofrecer psicoeducación sobre la dependencia emocional, las características de este trastorno, así como de las fases de la relación que atraviesan estos pacientes. Este último tema se recoge en el ANEXO 2, ya que se considera importante para ayudar al paciente en la toma de conciencia del problema al ver identificadas dichas fases en su propia relación.

Es importante que el paciente vea una solución a su problema, por lo que también se debe ofrecer información sobre el tratamiento: sobre los objetivos a trabajar, de qué forma se trabajan, etc.

Es preciso resolver la posible ambivalencia que presente entre moverse hacia el cambio o continuar como está. Para ello, se sugiere el uso de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999) con el objetivo de aumentar la motivación intrínseca del paciente. Se le ofrece “ayuda activa”, utilizando la metáfora del “Hombre en el hoyo” para que sea consciente de que, con los recursos que posee en la actualidad, no puede aplacar solo el problema. Se puede llevar a cabo con el paciente un balance decisional, con aspectos positivos y negativos de mantener su conducta como hasta ahora. Aquí podemos ayudarnos del análisis funcional elaborado durante la evaluación para favorecer que el paciente vea con mayor claridad las consecuencias de su comportamiento a corto y a largo plazo. El terapeuta debe estar atento a las afirmaciones automotivadoras del paciente para reforzarlas en la consulta (“*Quiero cambiar, no puedo seguir así*”).

En la última media hora de esta sesión, se hablará sobre la utilidad del Mindfulness y la importancia de su práctica diaria para la terapia. Se llevará a cabo un ejercicio de “respiración consciente” de 10 minutos, y se prescribirá esta práctica para todos los días de la semana. Las instrucciones para los ejercicios de Mindfulness son emitidas por el terapeuta en consulta, pero se grabarán en audio con el fin de que el paciente tenga una guía para su práctica en la vida cotidiana. Se opta por comenzar la práctica de Mindfulness con este ejercicio porque es de fácil aplicación al usar como herramienta la propia respiración, lo que facilita la ejecución por parte del paciente. Las instrucciones para la respiración consciente deben restar importancia a la aparición de pensamientos durante la realización del ejercicio, con el fin de que esto no genere culpabilidad o sentimientos de ineficacia en el paciente. Simplemente debe tomar conciencia de que ha desviado su atención, y focalizarla de nuevo en la respiración.

Sesión 3: Superar el síndrome de abstinencia

Se prescribirá la abstinencia desde el comienzo de la terapia. Esto es, no llevar a cabo la conducta adictiva de nuevo. En el caso de la dependencia emocional, se busca evitar cualquier contacto con la figura de la que depende el paciente.

Se identificarán con el paciente aquellos estímulos cotidianos (tanto internos como ambientales) que eliciten el malestar característico del síndrome de abstinencia y, como consecuencia, las conductas de craving. Las conductas de craving tras la ruptura de la relación en la dependencia emocional se manifiestan en forma de llamadas a la expareja, mensajes, ruegos para volver a retomar la relación, provocar “encuentros casuales” con la expareja, espiar por medio de las redes sociales, etc.

Una vez identificados los estímulos antecedentes, algunas medidas que se pueden tomar son:

- Dejar el teléfono móvil en manos de algún familiar cercano para evitar la tentación de llamar o escribir mensajes.
- Eliminar la conexión a internet en casa, para evitar el espionaje en las redes sociales. Si el paciente lo necesita para estudiar o trabajar, se establecerán con él unas normas de uso: usará internet en casa de algún familiar, de forma vigilada, etc.
- Eliminación de objetos en el hogar que puedan evocar recuerdos sobre la expareja (fotografías, ropa de la expareja, regalos que le hubiese hecho en el pasado, etc.)
- Si ciertos lugares están asociados al recuerdo de la expareja, se buscarán caminos alternativos con el objetivo de no pasar directamente por ellos.
- Etc.

Los últimos minutos de la terapia se dedicarán de nuevo a la realización de otro ejercicio de Mindfulness. Para esta sesión, se propone la práctica de “consciencia auditiva” (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013): con los ojos cerrados, se va focalizando la atención hacia los distintos sonidos que surjan en la consulta (sonidos provenientes del tráfico, de otras habitaciones contiguas, etc.). Como tarea para casa, se prescribe la continuación en la práctica de la respiración consciente, además de las pautas acordadas de control de estímulos.

Sesión 4: Aumentar el nivel de autoestima

Se considera en el presente trabajo que el aumento en el nivel de autoestima del paciente debe ser una de las primeras dimensiones a abordar. Cuando la persona logre una valoración más positiva de sí misma, será más consciente de que sus opiniones,

sentimientos y derechos son importantes. Esta toma de conciencia favorecerá el aprendizaje posterior de conductas asertivas. Se proponen las siguientes fases en el trabajo para el aumento de la autoestima, basadas en el modelo de intervención diseñado por Mora y Raich (2005):

- 1) Identificación de los pensamientos automáticos negativos
- 2) Corrección de los pensamientos automáticos mediante debate
- 3) Elaboración de un pensamiento alternativo más adaptativo
- 4) Fomento de una autopercepción más positiva o autoaceptación
- 5) Planificación de actividades agradables
- 6) Identificación de creencias profundas
- 7) Corrección de las creencias profundas mediante debate
- 8) Elaboración de creencias profundas alternativas más adaptativas

En esta sesión 4, se comenzará por la fase 1.

- 1) Identificar los pensamientos automáticos negativos del paciente que contribuyen a la merma de su autoestima. Se debe entrenar al paciente para que logre identificar estos pensamientos en situaciones cotidianas, mediante la instrucción en el esquema A-B-C. Se proporcionará un autorregistro (ANEXO 3) en el que debe especificar las características de la situación vivida, los pensamientos que han surgido ante la situación (así como el nivel de credibilidad atribuida a los mismos) y las emociones y conductas derivadas de la aparición del pensamiento. Lo mejor es que rellene el autorregistro con la mayor inmediatez posible. Algunos pensamientos automáticos que pueden surgir en la vida cotidiana del dependiente emocional son: *“si no consigo que mi pareja vuelva conmigo, no sirvo para nada”*; *“si no tengo pareja, no valgo para nada”*; *“me ha dejado porque soy insoportable”*; *“seguro que ahora estará con otra pareja mejor que yo”*; *“mi vida dejará de tener sentido”*; etc.

Tras el trabajo con la autoestima, la última media hora de la sesión se dedicará a la práctica de un ejercicio de Mindfulness, el “body-scan”.

Las tareas para casa consistirán en completar el autorregistro de pensamientos negativos, y en la práctica diaria del ejercicio de body-scan durante la semana (30 minutos cada día).

Sesión 5: Aumentar el nivel de autoestima

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro de pensamientos negativos sobre uno mismo con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

En esta sesión, se abordarán los pasos 2 y 3 de las fases de intervención sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005).

2) Corregir los pensamientos automáticos. A partir del autorregistro del paciente, se abordarán ahora los pensamientos automáticos negativos mediante el uso de la interrogación socrática, con el objetivo de que sea el propio paciente el que llegue a las respuestas oportunas. Algunas preguntas que pueden plantearse son:

- ¿Qué evidencias hay de que ese pensamiento es cierto? ¿Y qué evidencias hay en contra? ¿Qué probabilidad hay de que se trate de un pensamiento verdadero?
- ¿Otras personas pensarían igual en la misma situación? ¿Qué pensarías si un familiar o amigo tuyo pensase así?
- Suponiendo que las cosas son como las piensas, ¿serían tan terribles?
- ¿Te ayuda en algo pensar de esa manera? ¿Te ayuda a obtener tus objetivos?
- ¿Tus problemas se solucionan por pensar así?
- Si esta forma de pensar no te sirve de ayuda para lograr algo, y además te hace sentir malestar, ¿sería mejor centrarse en otro pensamiento alternativo que te haga sentir mejor?
- ¿Encuentras alguna solución alternativa para esa situación?
- ¿Qué otros pensamientos alternativos pueden darse ante la misma situación? ¿Qué evidencias hay a favor y en contra de estos pensamientos alternativos?
- Etc.

Se busca aumentar el nivel de objetividad sobre los pensamientos, ayudando al paciente a que desarrolle una actitud crítica ante ellos. Se le entrenará para que ponga a prueba la validez de los pensamientos, y para que evalúe la utilidad de los mismos según las emociones y conductas que desencadenan.

3) Elaboración de un pensamiento alternativo más adaptativo. Se ayudará al paciente a que cree un pensamiento alternativo más adaptativo, a partir de las respuestas obtenidas mediante la interrogación socrática y los posteriores análisis del pensamiento negativo. Una vez elaborado, el paciente debe aplicarle un nivel de credibilidad al nuevo pensamiento, para poder contrastarlo posteriormente con el nivel de credibilidad que atribuyó al pensamiento automático negativo.

Para interiorizar esta nueva forma de pensar, se prescribirá como tarea para casa la continuación del uso del autorregistro. En él se añadirá una cuarta y una quinta columna con el pensamiento adaptativo (y su nivel de credibilidad) extraído mediante preguntas socráticas, y la emoción derivada de ese nuevo pensamiento. La reestructuración del pensamiento mediante preguntas puede hacerse también por escrito.

Como tarea para casa, se prescribe de nuevo la práctica del ejercicio de body-scan (30 minutos cada día).

Sesión 6: Aumentar el nivel de autoestima

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

En esta sesión, se abordará el punto 4 de las fases de intervención sobre la autoestima.

- 4) Fomentar una autopercepción más positiva o autoaceptación. Para lograr este objetivo, se empezará a focalizar la atención sobre los puntos fuertes del paciente en distintas áreas. Se le pide que identifique aquellos aspectos de sí mismo que le resultan positivos, ya sean de su aspecto físico, de la forma de relacionarse con los demás, de su personalidad, de su rendimiento académico o laboral, de su funcionamiento cognitivo (nivel de creatividad, intuición, capacidad de aprendizaje, etc.) de su sexualidad o acerca de sus habilidades, talentos o destrezas.

Para esta fase del trabajo con la autoestima se sugiere el trabajo sobre las fortalezas personales. El paciente deberá completar el cuestionario VIA-IS (authentic happiness) (<https://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>). Una vez completado, se le informará de aquellas virtudes y fortalezas que están más presentes en él.

Se elabora una lista en consulta con los puntos fuertes del paciente, así como de las fortalezas identificadas mediante el VIA-IS.

En los últimos 15 minutos de la sesión, se practicará un ejercicio de “savoring” con el paciente (ejercicio con pasas).

Con el fin de interiorizar aspectos positivos sobre sí mismo, se prescriben las siguientes tareas para casa para el paciente:

- Al final de cada día de la semana, seleccionará una cualidad de su lista de puntos fuertes y fortalezas y recreará mentalmente escenas de su historia en las que haya estado presente esta cualidad. Puede añadir estas situaciones al listado elaborado en terapia para mantenerlas presentes. Debe concentrarse en el estado de ánimo que elicitaban estos recuerdos.

- Escribir cada cualidad o fortaleza en post-its, y distribuirlos por todas las habitaciones de su casa. De esta manera, cada vez que se mueva por ella leerá distintas cualidades positivas de sí mismo.
- En consulta se buscarán ejemplos de conductas para realizar durante la semana en las que aplique estas cualidades. Estas conductas deben concretarse muy bien: día de la semana para llevarla a cabo, lugar (trabajo, casa, etc.), personas con las que se aplican (familia, amigos, etc.).
- Llevar a cabo la práctica del savoring una vez al día, en distintas actividades cotidianas: mientras come, mientras se ducha, etc. Tras cada práctica, intentará identificar las diferencias con otras ejecuciones sin savoring.

Sesión 7: Aumentar el nivel de autoestima y aumentar la frecuencia de emociones positivas

En esta sesión, se abordarán las fases 5 y 6 de la intervención sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005).

- 5) Planificación de actividades agradables. Los pacientes con dependencia emocional reducen las fuentes de reforzamiento positivo al centrar su mundo únicamente en la pareja. El objetivo de este punto es aumentar el número de fuentes de refuerzo. Se comenzará prescribiendo actividades que se sepa que el paciente va a ser capaz de llevar a cabo. Se acordarán con el paciente dichas actividades de la manera más concreta posible: tipo de actividad, tiempo que piensa dedicarle, día de la semana que planea llevarlo a cabo, etc. Es posible que en este punto no sea capaz de sugerir ninguna actividad placentera. Como recurso, se pueden realizar preguntas del tipo “¿Qué actividades realizabas antes de empezar la relación que te resultaban satisfactorias?”; “Cuando eras más joven, ¿con qué disfrutabas?”. Es importante señalar al paciente que en las primeras ejecuciones no debe obligarse a disfrutar, simplemente vale con que las lleve a cabo. Se empezará con actividades de menor dificultad o menor desagrado. Se deben considerar la necesidad del uso de refuerzos extrínsecos.

Para que el paciente aprecie la relación entre su estado de ánimo y su nivel de actividad, debe completar una gráfica (ANEXO 4) nada más terminar su ejecución. En ella especificará el tiempo dedicado a la actividad y el nivel de satisfacción vivido tras llevarla a cabo.

- 6) Identificación de creencias profundas. Para Mora y Raich (2005), las experiencias tempranas del paciente gestan ideas sobre uno mismo. Los pensamientos automáticos

abordados al inicio de la terapia son la forma más superficial de estas ideas. A un nivel más profundo, se dan en el sujeto creencias centrales y reglas de vida. Se manifiestan en forma de afirmaciones más generales sobre uno mismo: *“no sirvo para nada”*; *“soy inferior a todo el mundo”*; *“no se me da nada bien”*; *“un solo error es la muestra de que no valgo en absoluto para nada”*; *“mi valor como persona lo determina el estar o no en pareja”*; etc. Para ayudar a la identificación de estas creencias en consulta, se pueden observar los temas comunes que giran en torno a los pensamientos automáticos de los anteriores autorregistros. Se instruye al paciente para que complete otro nuevo autorregistro para estas creencias. Como en el caso de los pensamientos automáticos, es necesario que lo complete con la mayor inmediatez posible.

Los últimos minutos de la sesión se dedicarán a la práctica de otro ejercicio de Mindfulness, la “consciencia visual” (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013): se van emitiendo instrucciones al paciente para que vaya desviando la atención hacia distintos elementos de la habitación. Debe tratar de mantener una actitud de curiosidad, como si viese los objetos por primera vez.

Como tareas para casa, se prescribirá:

- Llevar a cabo 3 actividades agradables especificadas en consulta. Completar la gráfica.
- Completar el autorregistro de creencias profundas
- Escribir 2 cartas de autocompasión durante la semana, dedicando unos 20 minutos a dicha tarea: al final del día, debe seleccionar alguno de los aspectos, rasgos o habilidades que el paciente vive como negativos de sí mismo. Debe escribir dicho aspecto, así como los pensamientos y emociones que le genera. El último paso es que se escriba a sí mismo una carta expresándose aceptación y autocompasión. Debe firmarla y guardarla, de forma que pueda recurrir a ella cuando vuelvan los pensamientos y emociones negativos sobre sí mismo.
- Practicar el savoring en una actividad cotidiana cada día.

Sesión 8: Aumentar el nivel de autoestima y aumentar la frecuencia de emociones positivas

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

En esta sesión, se abordarán las fases 7 y 8 de la intervención sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005).

- 7) Corrección de las creencias profundas mediante debate. Al igual que con los pensamientos automáticos, se busca reestructurar las creencias profundas mediante el uso de la interrogación socrática. Se puede evaluar la utilidad de las creencias profundas en la vida del paciente, haciéndole ver que sólo le causan malestar y que no obtiene ningún rendimiento de las mismas.
- 8) Elaboración de creencias profundas alternativas más adaptativas. El último paso del trabajo con las creencias profundas es la creación de nuevas creencias alternativas con el paciente. Se formulará cada creencia de nuevo; por ejemplo, se formularía la creencia de *“sin mi pareja no soy nada”* como *“aunque sea desagradable la ruptura y me cause malestar, mi valor no depende de que tenga pareja o no”*.

Las creencias profundas se trabajan en esencia igual que los pensamientos automáticos, aunque será necesario trabajar sobre ellas con mayor intensidad. Por ello, se dedicará la siguiente sesión de nuevo al trabajo sobre ellas.

La última media hora de la sesión se dedicará a repasar con el paciente la ejecución de las actividades agradables durante la semana, así como posibles dificultades que haya podido tener. Se planearán, como en la sesión anterior, 3 nuevas actividades agradables para llevar a cabo durante la siguiente semana.

Como tareas para casa, se prescribirá:

- Completar el autorregistro de creencias profundas, ahora añadiendo las dos columnas restantes (para las creencias alternativas y para el nivel de credibilidad que se les da).
- Llevar a cabo las 3 actividades agradables acordadas en terapia. Completar la gráfica.
- Al final de cada día, escribir 5 momentos que haya vivido en esa jornada por los que se siente agradecido a alguien. No es necesario que sea algo demasiado grande, puede ser por pequeñas cosas o gestos (por ejemplo, que alguien le haya esperado para mantener la puerta abierta al entrar en la estación de tren).
- Durante la semana, en distintos momentos, se prescribirá la práctica de los ejercicios de mindfulness de “respiración consciente”, “consciencia auditiva” y “consciencia visual”. En este punto, se pide al paciente que elija él mismo el momento en que realiza la práctica y qué ejercicio va a llevar a cabo.

Sesión 9: Aumentar el nivel de autoestima y la frecuencia de emociones positivas

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro de creencias profundas con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

En esta sesión, se abordarán nuevamente las fases 7 y 8 de la intervención sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005), explicadas en la sesión anterior.

Se repasará con el paciente la ejecución de las tareas prescritas en la sesión anterior. Para reforzar el trabajo con las fortalezas personales, se selecciona una de la lista y se ejemplifican de forma muy concreta 2 conductas para llevarlas a la práctica durante esa semana.

Como tareas para casa, se prescribirá:

- Completar el autorregistro de creencias profundas, ahora añadiendo las dos columnas restantes.
- Llevar a cabo las 2 actividades para aplicar la fortaleza elegida.
- Al final de cada día, escribir 3 cosas positivas que hayan tenido lugar durante la jornada. Pueden ser cosas pequeñas, como encontrarse un billete en alguna prenda.
- De nuevo se prescribirá la práctica de los ejercicios de Mindfulness de “respiración consciente”, “consciencia auditiva” y “consciencia visual” en distintos momentos de la semana y a elección del paciente.

Sesión 10: Fomentar la autonomía del paciente

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro de creencias profundas con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

En este punto, se espera que el nivel de autoestima del paciente haya mejorado. Dado que ha llevado a cabo una serie de prescripciones terapéuticas que implicaban la realización de actividades, podría haber aumentado su sensación de autoeficacia. Para fomentar su autonomía en situaciones futuras, se trabajará en esta sesión el entrenamiento en solución de problemas propuesto por D’Zurilla y Goldfried (1971). Para los autores, los pacientes dependientes serían uno de los tipos de pacientes que más se beneficiarían de este entrenamiento. Un paciente dependiente tendría dificultades para resolver problemas por su cuenta, mientras que sí sería capaz de desenvolverse en tareas en las que el terapeuta marca específicamente lo que debe hacer. Aunque muestren un repertorio de habilidades eficaces para resolver problemas, tendrían dificultades para actuar de

forma autónoma (D’Zurilla y Goldfried, 1971). Por eso es importante enseñarles un método con el que poder encontrar la solución por sí mismos.

Pediremos al paciente que escoja un problema que presente en la actualidad, con el fin de trabajar sobre él. Las etapas de este entrenamiento son:

- 1) Orientación hacia el problema: hay que aclarar al paciente que, un problema, por definición, es algo que tiene solución; si no, no es un problema. Varios trabajos sobre solución de problemas han encontrado que esta fase del proceso es la que más relación tiene con síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, una orientación negativa hacia problemas sociales está relacionada con emociones negativas, depresión-rasgo, ansiedad-rasgo e ira-rasgo (Berdulla, 2016).
- 2) Definición y formulación: es importante recabar toda la información posible sobre el problema, sobre su naturaleza, su significado para el paciente, cómo afecta al bienestar propio, etc. Es necesario definir de forma operativa el problema, e identificar y definir todos sus elementos. El tener claros los distintos elementos del problema ayuda a discernir qué es lo trascendente del mismo, y qué es lo irrelevante.
- 3) Generación de soluciones alternativas: en esta fase, se trata de generar el mayor número posible de soluciones que pueden aplicarse al problema. Tienen que ser muchas y variadas. Si el paciente tiene dificultades para pensar en alternativas, se le pueden sugerir algunas (incluso disparatadas, como tirarse por una ventana).
- 4) Toma de decisiones: para esta etapa, se deben valorar todas las alternativas una a una. Para facilitar el posterior descarte de alternativas, se puede establecer un sistema de puntuaciones según la eficacia percibida para dicha solución, según su viabilidad, etc. El paciente debe quedarse con una solución final. A partir de esa decisión, se elaborará un plan de acción para llevarla a cabo
- 5) Llevar a cabo el plan de acción y verificar el resultado: el paciente debe aplicar el plan elaborado en la fase anterior y comprobar su eficacia. Con el fin de aumentar la probabilidad de ejecución del plan de acción completo, se le instruirá para que emita autovebalizaciones positivas del tipo “¡Muy bien!” o “¡Lo hice!”. Si el resultado del plan no es el esperado, es posible que el paciente tienda a realizar análisis retrospectivos del tipo “Si hubiese escogido la opción B en lugar de la C, esto no habría pasado”. Para evitar esto, se transmitirá la idea de que dichos análisis son en realidad falsos, ya que nunca podemos llegar a saber qué habría pasado de tomar otro camino.

La última media hora de la sesión, se dedicará a repasar la ejecución de la semana anterior en actividades agradables y en el trabajo con las fortalezas. Se concretarán nuevamente 3 actividades agradables para la próxima semana. Se escogerá una fortaleza de la lista para trabajar durante la semana, especificando 2 tareas concretas para ello.

Como tarea para casa, se propone al paciente que lleve a cabo el plan de acción diseñado en consulta para la solución del problema, así como las 3 actividades agradables planteadas y las 2 actividades que trabajarán la fortaleza elegida. Se prescribe la práctica de savoring en distintos momentos de la semana, a elección del paciente.

Sesión 11: Aumentar el nivel de asertividad

Esta sesión comenzará con la práctica del ejercicio de Mindfulness “Caminando por la calle” (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013). Se pide al paciente que se imagine en dicha situación, y que de pronto, se cruza con una persona a la que se alegra de ver. A medida que avanza la escena, se percata de que la persona pasa por su lado sin saludar ni dirigirle la palabra. Se va prestando atención a los pensamientos y emociones que surgen de la imaginación de la escena. Se espera que este ejercicio ayude a identificar aspectos para el trabajo en asertividad.

Para lograr un aumento en los niveles de asertividad, se llevará a cabo un entrenamiento en habilidades sociales. Las fases para este entrenamiento están basadas en las propuestas por Caballo (2009):

- 1) Explicación de los diferentes tipos de respuesta en situaciones sociales: asertivo, agresivo, pasivo
- 2) Identificación de situaciones que presenten dificultades para el paciente
- 3) Identificación de pensamientos automáticos que impidan la conducta asertiva
- 4) Ensayo de conducta en consulta
- 5) Modelado
- 6) Comparación de la conducta del paciente y del modelo e instrucciones para reducir las diferencias
- 7) Moldeamiento
- 8) Feed-back del rendimiento del paciente

Se explican las fases a continuación:

- 1) Explicación de los diferentes tipos de respuesta en situaciones sociales: asertivo, agresivo, pasivo. Explicación de las ventajas e inconvenientes de cada tipo. Se esperaría que el paciente con dependencia emocional muestre un tipo de estilo pasivo

(a no ser que se trate de un caso de dependencia dominante). Su círculo social está habituado a sus respuestas pasivas de sumisión, por lo que hay que alertar al paciente de las distintas reacciones que puede tener su entorno ante su cambio de estilo: extrañeza, intentos por que vuelva al estilo pasivo, etc.

- 2) Identificación de situaciones y pensamientos automáticos que impidan la conducta asertiva. Reestructuración de los mismos. Según el esquema propuesto con Lange (1981; citado por Caballo, 2009), se debe comenzar el entrenamiento asegurando el establecimiento en el paciente de un sistema de creencias en torno al respeto por los derechos de uno mismo y de los demás. El trabajo previo en autoestima y en el fomento de la autonomía habrían ayudado a sentar las bases de dichas creencias.
- 3) Ensayo de conducta en consulta. Se recrea en consulta una de las situaciones problemáticas descritas por el paciente. Cada representación durará de 1 a 3 minutos. El paciente debe actuar tal y como lo haría en su entorno.
- 4) Modelado. El paciente asiste a un ensayo de conducta entre el terapeuta y un modelo sobre la misma situación problemática, pero actuando de forma asertiva. Se ha demostrado una mayor efectividad del modelado cuando el modelo tiene características próximas a las del paciente que asiste al ensayo (en edad, sexo, etc.). No conviene tampoco que el modelo despliegue una competencia social muy elevada, o mermará la motivación del paciente (Caballo, 2009).
- 5) Comparación de la conducta del paciente y del modelo e instrucciones para reducir las diferencias. De esta forma, el paciente sabrá lo que se espera de él en los ensayos de conducta cuando se pide que emita respuestas asertivas.
- 6) Moldeamiento. Se repite el ensayo de conducta de nuevo con el paciente. El terapeuta debe emitir refuerzos positivos cada vez que lleve a cabo aproximaciones sucesivas a conductas asertivas. Marcará los aspectos mejorables mediante instrucciones centradas en las conductas (no en el propio paciente).
- 7) Feed-back del rendimiento del paciente

Se prescribirán tareas para casa para potenciar los conocimientos aprendidos. De esta manera, también se ayuda al paciente a aumentar su nivel de autocontrol, ya que se ve a sí mismo como agente de cambio (Shelton y Levi, 1981, citados por Caballo, 2009). Esto también favorecerá el aumento de la sensación de autonomía y de la autoeficacia. Las tareas se acordarán con el paciente, y se especificarán por escrito. Pueden establecerse 2 o 3 situaciones. No deben presentar una dificultad elevada, es decir, se tratará de que el

paciente lleve a cabo conductas fuera de sesión donde tenga una alta probabilidad de éxito. Se mandará un autorregistro (ANEXO 5) donde debe anotar la situación social vivida, el estilo utilizado, las dificultades vividas y el nivel de ansiedad.

Para aumentar la probabilidad de ocurrencia de las nuevas conductas, se entrenará al paciente en autoverbalizaciones positivas en situaciones sociales cada vez que lleve a cabo conductas asertivas. Las autoverbalizaciones serán mensajes cortos pero potentes, del tipo “¡Muy bien!”, “¡Lo hice!”, “¡Qué bien me siento!”.

Se prescribe de nuevo la práctica del ejercicio de body-scan para casa (30 minutos diarios).

Sesión 12: Aumento del nivel de asertividad

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro de situaciones sociales con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

Se llevarán a cabo de nuevo las fases descritas en la sesión anterior.

Una de las situaciones sociales que pueden suponer una dificultad para los pacientes con dependencia emocional es la expresión de desagrado o desacuerdo. Tenemos que ayudar a comprender que, cuando el paciente sienta desagrado o desacuerdo con justificación (por ejemplo, ante vecinos molestos que hacen mucho ruido de madrugada), está en su derecho de manifestar sus sentimientos. Siempre y cuando, se respeten los derechos de la otra persona. Para ayudarlo en esta expresión de molestias, se puede enseñar la estrategia DESC (Bower y Bower, 1976; citado por Caballo, 2009):

- Describir la conducta específica que causa desagrado o molestia en términos concretos.
- Expresar los pensamientos y emociones que dicha conducta ha causado en él. Esta expresión estará dirigida hacia la conducta y no hacia la persona en sí (“*Me siento...*”; “*Pienso que...*”)
- Especificación de una conducta alternativa, para que la otra persona comprenda el cambio que se espera de ella (“*Me gustaría que...*”). El cambio que se sugiere a la persona no debe ser muy grande, o de lo contrario será más difícil que esté de acuerdo.
- Consecuencias de la conducta alternativa. El paciente debe señalar las consecuencias que tendrá el cambio de conducta.

Se prescribirán de nuevo 2 o 3 actividades que pongan en marcha comportamientos asertivos del paciente. Se especificará con él dichas situaciones: día, lugar, etc.

La última media hora de la sesión se dedicará a la práctica del ejercicio de Mindfulness “Meditación de la montaña” (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013). Se graban de nuevo en audio las instrucciones del ejercicio para dárselo como guía al paciente para la práctica en casa durante la semana.

Sesión 13: Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos

Se comenzará esta sesión repasando el autorregistro de situaciones sociales con el paciente, y resolviendo posibles dudas y/o dificultades.

Según el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), muchos trastornos psicopatológicos se explican por la Evitación Experiencial (EE) que llevan a cabo las personas que los sufren. Sus síntomas provendrían de los intentos por evitar o controlar pensamientos o emociones que les son aversivos. Los pacientes con dependencia emocional manifiestan intolerancia a la soledad, lo que provoca un gran miedo al abandono. Dado que presentan una autoestima baja, no soportan estar solos consigo mismos. Surgen toda clase de pensamientos negativos y desadaptativos del tipo “*No sirvo para nada*”, “*Voy a morir solo*”, “*¿Quién me va a querer a mí?*”. Mientras están con la figura de la que dependen encuentran alivio de ese malestar. La aparición de determinados pensamientos y emociones guían la conducta del dependiente emocional. El objetivo de esta sesión es, por tanto, aumentar la tolerancia a ese malestar, y defusionar esos pensamientos de la conducta. Se espera que la práctica de Mindfulness durante el resto de la terapia ayude a estos objetivos.

Se comenzará este proceso explicando al paciente por qué sus intentos por evitar a toda costa la soledad y los sentimientos negativos forman parte del problema. De manera conjunta con el paciente, se buscan ejemplos concretos de EE en la historia de su problema. Se puede recordar aquí la “Metáfora del hombre en el hoyo”. Para ejemplificar la trampa que supone este intento de control, se utilizará la metáfora del “polígrafo”.

Se pedirá al paciente que evoque de manera imaginada varios momentos de su vida: uno en el que haya experimentado soledad, otro en el que haya experimentado miedo al abandono, otro en el que se haya sentido mal por algo que ha hecho, otro en el que haya sentido malestar tras una crítica de otra persona, etc. Con la evocación de estos momentos se busca que el paciente tenga más presentes esas emociones para trabajarlas a continuación con el ejercicio de Mindfulness de “Las hojas en el río” (ANEXO 6). Se grabarán en audio las instrucciones del ejercicio para que el paciente las pueda seguir en casa.

Se propone también la práctica de ejercicios de “Fisicalización de emociones”.

La última media hora de la terapia se dedicará a la concreción de 3 actividades agradables durante la semana, y a la selección de otra fortaleza para trabajar en 2 actividades durante la semana.

Además de estas actividades, se prescribe la práctica del ejercicio de “Las hojas en el río” durante la semana.

Sesión 14: Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos

Se comenzará la sesión repasando con el paciente las actividades prescritas, para resolver posibles dudas y/o dificultades que haya encontrado.

Se repasa la realización durante la semana de la práctica del ejercicio de “Las hojas en el río”. Se lleva a cabo de nuevo en consulta.

Para continuar el trabajo en defusión cognitiva, se recurre al ejercicio de “Repetición de pensamientos hasta el absurdo”, o “¡Salude al pensamiento!”

La última mitad de la sesión se dedicará al entrenamiento del paciente en el afrontamiento de las críticas. Se espera que las personas con dependencia emocional muestren dificultades para aceptar las críticas de los otros. “Absorben” cualquier información sobre sí mismos que provenga del exterior, sin someterla a contraste y aceptándola sin más como verdadera. Debemos preparar al paciente para los diferentes escenarios que pueda encontrarse en lo referido a las críticas (Mora y Raich, 2005):

- Escenario 1: La crítica hacia uno mismo es cierta, y ha sido bien expresada. Se instruirá al paciente para que escuche hasta que la otra persona deje de hablar. Si está de acuerdo con la crítica, debe manifestarlo mediante frases como “*Es cierto, tienes razón*” o “*Es verdad lo que dices*”. Este tipo de críticas ayudan a identificar aspectos que se han llevado a cabo de manera incorrecta, por lo que se anima a agradecer la crítica y a comprometerse con el cambio en situaciones futuras.
- Escenario 2: La crítica hacia uno mismo es cierta, pero la otra persona recurre a descalificaciones para expresarla. Se instruirá al paciente para que escuche hasta que la otra persona deje de hablar. Una vez se haya tranquilizado, debe recurrir a la interrogación negativa (Gentil Más y Laá Velayos, 2000; citados por Mora y Raich, 2005) con el objetivo de calmar los ánimos y pedir más información sobre el error cometido (“*¿Qué quieres decir con que soy un desastre?*”; “*¿Qué crees que debería cambiar para hacerlo mejor la próxima vez?*”). Se debe reconocer la equivocación y hacer ver al interlocutor que se comprende su reacción (si no sus maneras, la lógica de su enfado). Se instruirá al paciente para que manifieste un compromiso de cambio

en el futuro, agradeciendo la información aportada por el otro. No obstante, se debe manifestar desagrado y desacuerdo con las formas empleadas para esta comunicación. El entrenamiento en la técnica DESC (explicada en la sesión 9) ayudará a este objetivo.

- Escenario 3: La crítica no es cierta, pero ha sido bien expresada. Al igual que en los casos anteriores, el paciente debe aguardar hasta que el interlocutor termine su argumentación. Una vez expuesta, debe manifestar su desacuerdo con la crítica y las razones de este desacuerdo. Si el interlocutor insiste, puede emplear la técnica del “disco rayado”. Aunque la crítica no sea verdadera, se debe agradecer al interlocutor las formas empleadas.
- Escenario 4: La crítica no es cierta, y las formas son inadecuadas. El paciente debe escuchar al interlocutor sin interrumpir. Cuando termine, debe expresar su desacuerdo con la información expuesta, así como argumentos que lo refuercen. Se tiene derecho a solicitar un cambio de conducta por parte de la otra persona, instándole a que la próxima vez se informe mejor antes de emitir una crítica o señalando que sus formas son incorrectas. Se debe manifestar desagrado con las formas empleadas. Las autoras proponen como parámetros no verbales útiles el mantener una expresión facial relajada, intentar que el interlocutor tome asiento o desviar la mirada para no establecer contacto ocular directo cuando se den picos en él de hostilidad. Se espera que, de esta forma, el nivel de agresividad de la otra persona disminuya.

Por último, se concretarán 3 actividades agradables para realizar durante la semana. Se seleccionará otra fortaleza para trabajar en 2 actividades durante la semana.

Se prescriben como tareas para casa:

- La práctica del ejercicio de “Las hojas en el río” una vez al día.
- Práctica de las 3 actividades agradables y completar la gráfica.
- Práctica de las 2 actividades para poner en práctica la fortaleza elegida.

Sesión 15: Exposición a estímulos relacionados con la pareja. Aumentar la regulación emocional

En esta sesión, se espera que el paciente haya adquirido las habilidades adecuadas para soportar la exposición a estímulos condicionados que eliciten síntomas de abstinencia el tiempo necesario para que se produzca habituación. Se construirá una jerarquía de 10 ítems con el paciente, ordenados de menor a mayor malestar. Un ejemplo de esta jerarquía puede ser:

1. Comer el plato favorito de la expareja
2. Ver la película preferida de la expareja
3. Escuchar la canción preferida de la expareja
4. Ver una fotografía suya
5. Tener en las manos una prenda suya
6. Ver su perfil en una red social
7. Pasar por el sitio donde se conocieron
8. Pasar cerca de su casa
9. Encontrarse con la expareja por la calle
10. Encontrarse con la expareja por la calle con una nueva pareja

En esta sesión se trabajarán los 5 primeros ítems de la jerarquía mediante imaginación. Se entrenará al paciente en respiración, con el objetivo de que disminuya su nivel de malestar al imaginar cada ítem. Se acordará con él una señal para detener la imaginación en el caso de tornarse insoportable. El paciente debe manifestar su nivel de malestar al imaginar cada ítem en una escala de 1 a 10. Se pasará al siguiente ítem cuando el malestar comunicado sea menor a 4.

La última mitad de la sesión se dedicará al entrenamiento en técnicas de regulación emocional. La regulación emocional es la capacidad para utilizar estrategias que prevengan, reduzcan, inicien, mantengan o aumenten distintas emociones tanto en uno mismo como en los demás (Gross, 1998). Se explicará al paciente la existencia de estrategias de regulación emocional a corto y a largo plazo. El Mindfulness (que ha estado practicando desde el inicio de la terapia) es una de las estrategias a largo plazo, y es altamente efectivo. También lo es dedicar cierta parte del tiempo a la práctica de hobbies o de actividades agradables., y la práctica regular de ejercicio físico. Como estrategias a corto plazo, se instruirá al paciente en las siguientes:

- Ejercicios de respiración (que se le ha explicado al comienzo de la sesión)
- Reevaluación positiva: consiste en dar un giro a la situación, de forma que dejemos de verla como una situación negativa.
- Auto-diálogo: consiste en decirse a uno mismo mensajes positivos, del tipo *“Estoy muy tranquilo, esto no me puede afectar”*.

Como tarea para casa:

- Se propone al paciente que continúe con la práctica de Mindfulness de forma diaria, pero no se delimitan los ejercicios ni los momentos para realizarlos con el fin de que él mismo los elija.
- Puesta en práctica de las estrategias de regulación emocional a corto plazo.

Sesión 16: Exposición a estímulos relacionados con la pareja. Aumentar la regulación emocional

En esta sesión, se trabajarán con los últimos ítems de la jerarquía.

Tras superar la jerarquía en imaginación, se trabajará para que el paciente se habitúe a los estímulos de forma real. Se solicitará la participación de una persona de confianza para el paciente para que lo acompañe durante la exposición. Se debería contactar con dicha persona para explicarle las instrucciones de la exposición: debe mantenerse con el paciente en todo momento, debe solicitar la comunicación de su nivel de malestar, deben permanecer en el ítem hasta que se rebaje el malestar a 4, etc.

Se concreta con el paciente los días que va a hacer frente a cada ítem, la hora, etc. Para finalizar la sesión, se concretan otras 3 actividades agradables para llevar a cabo durante la semana.

Como tareas para casa, por tanto:

- Debe llevar a cabo la exposición a los ítems
- Debe llevar a cabo las actividades agradables y completar la gráfica

Sesión 17: Prevención de recaídas

Al comienzo de esta sesión, se repasará con el paciente el rendimiento en la tarea de exposición a estímulos. Se resolverán dudas y se aclararán dificultades. Este repaso se enlazará con la prevención de recaídas, que es el objetivo de las siguientes sesiones.

A estas alturas, se comprende que el paciente ha desarrollado las habilidades de afrontamiento necesarias para abordar posibles situaciones de crisis sin recaer. El entrenamiento en Mindfulness durante toda la terapia habrá ayudado al paciente a desarrollar un mayor control sobre su capacidad de atención. De esta manera, ante una situación de alto riesgo de recaída, no atenderá únicamente a las consecuencias positivas de llevar a cabo la conducta adictiva, sino que abrirá el foco también hacia las consecuencias negativas (Blasco et al., 2008).

El primer paso es identificar las Situaciones de Alta Riesgo, denominadas así por Marlatt (1985, citado por Blasco et al., 2008). En el caso de la dependencia emocional, podrían ser estados emocionales displacenteros, como la sensación de soledad o la

ansiedad, la aparición de pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre la pareja, aparición de creencias erróneas sobre la pareja, ver a la expareja por la calle, que algún amigo le hable de ella, etc. Una vez identificadas estas situaciones, se elabora un plan de prevención de recaídas de manera conjunta con el paciente. En él, se desplegarán las herramientas desarrolladas por el paciente gracias a su trabajo durante la intervención. De esta manera, contará con un plan de acción al que recurrir en los momentos de mayor vulnerabilidad.

No obstante, también se debe elaborar un plan que seguir en el caso de que el paciente manifieste una recaída puntual. Se debe dejar clara la diferencia entre la recaída, que sería el retorno al estilo de vida previo, y el fallo ocasional. En el caso de la dependencia emocional podría considerarse como un fallo ocasional, por ejemplo, realizar una llamada o enviar un mensaje a la expareja. Ante estas recaídas puntuales el paciente debe contactar con alguien de confianza y renovar el compromiso para continuar con el estilo de vida actual. Para ello puede resultar útil repasar el balance decisional que se diseñó en la sesión 2.

Esta sesión se espaciará en el tiempo 15 días de la sesión número 18. No se mandarían tareas para casa.

Sesión 18: Prevención de recaídas

En esta sesión se abordarán las creencias erróneas sobre la pareja y el amor romántico. Se llevará a cabo una psicoeducación sobre el amor y las relaciones de pareja sanas, desechando mediante debate con el paciente creencias concretas como: el mito de “la media naranja”, “los polos opuestos se atraen”, “el amor, si es verdadero, debe durar para siempre”, “los celos son un signo de amor a la pareja”, “si amo a mi pareja me tiene que apetecer siempre estar con ella”, etc.

La última mitad de la sesión se dedicará a la promoción de un estilo de vida sano para el paciente. Se recalcará la importancia del autocuidado, no sólo en aspectos como la alimentación y el ejercicio físico, también en el descanso y en la necesidad de mantener la práctica de actividades agradables y divertidas para uno mismo.

La sesión 19 tendrá lugar al cabo de 6 meses.

Sesión 19: Seguimiento

En esta sesión se evaluará la evolución del paciente y se resolverán dudas y/o dificultades surgidas.

La sesión 20 tendrá lugar al cabo de 6 meses.

Sesión 20: Seguimiento

En esta sesión se evaluará la evolución del paciente y se resolverán dudas y/o dificultades surgidas.

VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para comprobar la eficacia de la intervención diseñada en el presente trabajo, se propone el siguiente diseño experimental con grupo control en lista de espera. Se plantea el uso de una muestra de al menos 65 sujetos. La muestra puede reclutarse a través de carteles anunciados en facultades de universidades o en centros de salud. Se especificará en dichos anuncios la intención de llevar a cabo un estudio sobre el tratamiento para el sufrimiento tras la ruptura de una relación de pareja. Se especificará también la forma de contactar con los investigadores en caso de estar interesados en participar. Una vez hayan contactado, se les citará en el centro donde se desarrolle la investigación para recabar los datos oportunos sobre cada sujeto. Se les realizará una entrevista previa donde se recopilarán sus datos personales (nombre, edad, sexo, nivel educativo, profesión, breve historia de la relación, etc.) y deberán completar las pruebas de evaluación CDE, BDI-II y STAI. Cuando se logre el volumen de participantes estimado, se delimitará la muestra final mediante el uso de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: obtener una puntuación de más de 65 puntos en el CDE en dependencia emocional; haber vivido la ruptura de una relación en los últimos 3 meses; tener entre 18 y 55 años.
- Criterios de exclusión: estar actualmente en una relación de pareja; obtener una puntuación en el BDI-II que indique depresión; obtener una puntuación en el STAI que indique ansiedad; padecer codependencia (que el sujeto manifieste dependencia emocional hacia una persona que sufra una adicción); tener TLP o TPD; ser menor de edad, o tener más de 55 años.

Los participantes que finalmente formen parte de la muestra del estudio deberán rellenar un consentimiento informado antes de comenzar el proceso (ANEXO 7). La muestra se asignará de forma aleatoria a los grupos (tratado o control en lista de espera), con el fin de aumentar la probabilidad de equivalencia entre ambos. Se tomarán las medidas pre de cada sujeto mediante las pruebas CDE, RSES, RAS y ESAGE. Los terapeutas encargados de llevar a cabo la intervención contarán con un manual donde se especificarán los datos relevantes del tratamiento: número de sesiones, técnicas a utilizar

en cada sesión, ejercicios para casa que debe realizar el paciente, sesiones de seguimiento, etc.

El cambio clínico que se espera en el grupo tratado es:

- Reducción significativa del nivel de dependencia emocional (reducción de las puntuaciones obtenidas mediante el CDE). Obtener una diferencia significativa con respecto a los niveles de dependencia emocional del grupo control en lista de espera en la fase post.
- Aumento significativo del nivel de autoestima (aumento de las puntuaciones obtenidas mediante el RSES). Obtener una diferencia significativa con los niveles de autoestima del grupo control en lista de espera en la fase post.
- Aumento significativo del nivel de asertividad (aumento de las puntuaciones en el RAS). Obtener una diferencia significativa con los niveles de asertividad del grupo control en lista de espera en la fase post.
- Aumento significativo de los niveles de agencia personal y empoderamiento (aumento de las puntuaciones obtenidas mediante el ESAGE). Obtener una diferencia significativa con los niveles de agencia personal y de empoderamiento del grupo control en lista de espera en la fase post.

Se evaluará a los sujetos en las mismas variables después del tratamiento. Para los análisis estadísticos, se utilizará el programa informático SPSS 14.0. En la fase pre, se debe llevar a cabo la prueba T de Student para muestras independientes con las medidas obtenidas de los dos grupos (prueba T para la igualdad de medias, donde la diferencia debe ser no significativa), con el fin de comprobar la equivalencia entre ambos.

En los análisis estadísticos al final del tratamiento, se deberán excluir aquellos sujetos que hayan faltado a más de un 10% de las sesiones (a más de dos sesiones). Para comparar las medidas pre y post del grupo tratado, se sugiere el uso de la prueba T de Student para muestras relacionadas, donde se esperará una diferencia significativa. Para comparar las medidas post de ambos grupos, se sugiere el uso de la prueba T de Student para muestras independientes, donde se esperará una diferencia significativa.

CONCLUSIONES

El tratamiento planteado para la dependencia emocional se ha diseñado a partir de la revisión de la literatura existente sobre el trastorno (Aiquipa, 2012, 2015; Bornstein, 1992, 1993a, 1993b 2006, 2012; Castelló, 2000, 2005; Cubas et al., 2004; Hoogstad,

2008; Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013; Lemos et al. 2006, 2007; Moral y Sirvent, 2007, 2008, 2009^a, 2009b, 2011, 2012, 2014; Riso, 2009; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013; Sahar, 2008; Sirvent, 2000; Urbiola et al., 2014). Se han intentado perfilar las características de esta problemática con el fin de abordarlas en la intervención. A pesar de que los terapeutas se encuentran cada vez más con esta problemática en sus consultas (Cubas et al., 2004; Salcedo y Serra, 2013), es un trastorno que no ha sido muy estudiado hasta la fecha (Santamaría et al., 2015) ni está incluido en los manuales diagnósticos actuales. Se ha considerado la necesidad en el presente trabajo de diseñar un plan de tratamiento, por lo tanto, centrado en los principales síntomas que manifiestan los dependientes emocionales: baja autoestima, pobre conciencia del problema, bajo nivel de asertividad, déficit en autonomía y en solución de problemas, sentimientos negativos, reducción de las fuentes de refuerzo de su ambiente, síndrome de abstinencia y craving. Dado que se ha encontrado un mayor volumen de literatura que entiende la dependencia emocional como una adicción que como un trastorno de personalidad, se propone abordar el problema como un tipo de adicción conductual. Se comienza ayudando al paciente a desarrollar ciertas habilidades y herramientas con el fin de facilitar la exposición final a los estímulos condicionados.

Con respecto al diseño planteado para la evaluación de la eficacia de la intervención, se considera que trata de garantizar varios tipos de validez. Mediante la asignación al azar de la muestra a ambos grupos (tratamiento o control en lista de espera), se espera lograr una equivalencia entre dichos grupos lo que aumenta la validez interna del diseño. Las variables objeto de estudio están operativizadas (dependencia emocional, autoestima, asertividad y agencia personal y empoderamiento), lo que añade validez de constructo. Se han especificado los resultados que se esperan en el caso de que la intervención se muestre eficaz. Por último, se han sugerido para la evaluación de los sujetos instrumentos como buenos índices de fiabilidad, lo que ayuda a aumentar la validez de la conclusión estadística.

LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

La propuesta de un diseño con grupo control en lista de espera no permite controlar el posible efecto placebo que puede afectar a los resultados obtenidos. A pesar de que el diseño ideal sería el que ofrece al grupo control el mejor tratamiento conocido para la problemática, aún no se ha establecido un tratamiento sólido para la dependencia

emocional. El tratamiento que se ha diseñado en el presente trabajo se ha planteado para una población muy específica de pacientes (que padezcan dependencia emocional, y que además hayan sufrido la ruptura de su relación de pareja), lo que añade dificultad a la hora de encontrar sujetos para el estudio de eficacia con este perfil determinado.

Aunque el estudio de eficacia propuesto arrojará resultados positivos sobre la intervención planteada, en la práctica real podrían darse resultados muy diferentes. Por una parte, las sesiones en la práctica real no suelen estar prefijadas. Los terapeutas pueden variar su actuación, añadiendo o restando elementos de la intervención en función de las características y/o necesidades del paciente. Los pacientes, por otra parte, suelen acudir a consulta con perfiles mucho más complejos y heterogéneos (estar en una relación de pareja en la actualidad, presentar comorbilidades con ansiedad, con depresión, adicciones a sustancias, etc.), lo que repercutirá también en la manera de intervenir del terapeuta.

Como propuesta de línea de investigación futura, se plantea llevar a cabo un diseño experimental de desmantelamiento. Con este tipo de diseño, se podrían identificar los elementos críticos de la terapia y aquellos de los que se puede prescindir. Por ejemplo, en la intervención diseñada en este trabajo se propone el entrenamiento en Mindfulness a lo largo de toda la terapia. Se considera que esta práctica potenciará los resultados del resto de técnicas propuestas, pero es posible que no sea así. El diseño de desmantelamiento ayudaría a comprobar esta hipótesis.

En la intervención propuesta sólo se han incluido técnicas de ACT para trabajar la tolerancia a pensamientos y sentimientos negativos como la sensación de soledad, pero es posible que el trabajo en la identificación y aplicación de los valores del paciente resultase útil para la dependencia emocional. Por lo tanto, el trabajo con los valores personales del paciente podría ser otro elemento terapéutico a tener en cuenta para futuras investigaciones.

Dado que se han estudiado los posibles factores causales que están detrás de la aparición de la dependencia emocional, también resultaría interesante el trabajo en líneas de prevención. Fomentar desde la infancia la formación de una identidad sólida, educar en estilos parentales saludables que ayuden a ello, u ofrecer psicoeducación sobre el amor y las relaciones de pareja sanas son algunas pautas preventivas que pueden valorarse para investigaciones futuras.

REFERENCIAS:

- Abuín, M.R. y Rivera, L. de (2015). Dependency, detachment and psychopathology in a nonclinical sample: General relations and gender differences. Is there a new line of inquiry on paranoid pathology? *Clínica y Salud*, 2, 65-72.
- Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia emocional-IDE. *Revista IIPSI*, 15 (1), 133-145.
- Aiquipa, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33, 412-437.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-V*. Washington D. C: American Psychiatric Publishing.
- Bartels, A. y Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21, 1155-1166.
- Berdulla, S. (2016). *Relación entre las habilidades de solución de problemas sociales y los rasgos emocionales negativos de la personalidad: la "tríada emocional negativa" (depresión, ansiedad e ira)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. y Didia-Attas, J. (2008) Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20 (4), 365-376.
- Bornstein, R.F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 3-23
- Bornstein, R.F. (1993a). Dependency and Patienthood. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (3), 397-406.
- Bornstein, R.F., Manning, K.A., Krukonis, A.B., Rossner, S.C. y Matrosimone, C. (1993b). Sex differences in dependency. A comparison of objective and projective measures. *Journal of Personality Assessment*, 61, 169-181.
- Bornstein, R.F. (2006). The Complex Relationship Between Dependency and Domestic Violence. Converging Psychological Factors and Social Forces. *American Psychologist*, 61 (6), 595-606.
- Bornstein, R.F. y Gold, S.H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 154-161.
- Bornstein, R.F. (2011). An interactionist perspective on interpersonal dependency. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 124-128.

- Bornstein, R.F. (2012). Illuminating a Neglected Clinical Issue: Societal Costs of Interpersonal Dependency and Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (7), 766-781.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G.A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness. Guía Clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. E. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª, 8ª imp. ed.). Madrid: Siglo XXI de España.
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto “Dependencia Emocional”. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. y Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 5 (2), 81-90.
- De la Fuente, M., Salvador, M. y Franco, C. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en la autoestima y la inteligencia emocional percibidas. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18 (2), 297-315
- D’Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 78, 107-126.
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fiori, K.L., Consedine, N.S., Denckla, C.A. y Vingerhoets, A.J.J.M. (2015). Crying in context: Understanding Associations With Interpersonal Dependency and Social Support. *PsychOpen. Interpersona. An International Journal on Personal Relationship*, 7 (1), 44-62.
- Fisher, H. E., Aron, A., Mashek, D., Li, H. y Brown, L.L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31 (5), 413-419.
- Fisher, H., Brown, L., Aron, A, Strong, G. y Mashek, D. (2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *J Neurophysiol*, 104, 51–60.
- Fraley, R. C. y Shaver, P.R. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1198-1212.

- Germán, I. (2010). La relevancia criminológica de las adicciones sin sustancia a determinadas conductas y de su tratamiento. *International e-journal of criminal sciences*, 4, 1-23.
- González-Jiménez, A.J. y Hernández-Romera, M. del M. (2014). Emotional Dependence Base on the Gender of Yonug Adolescents in Almería, Spain. *Procedia –Social an Behavioral Sciences*, 132, 527-532.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: *An integrative review*. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema. Revista Anual de Psicología*, 23 (3), 510-515.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Gough, H.G., Barrett, J., Korchin, S.J. y Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41 (6), 610-618.
- Hoogstad, J. (2008). Choice Theory and Emotional Dependency. *International Journal of Reality Therapy*, 28 (1), 63-68.
- Izquierdo Martínez, S.A. y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 7 (1), 81-91.
- Lemos, M. y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología. Universidad Católica de Colombia*. 9, 127-140. Obtenido de: <http://dialnet.unrioja.es/servlet/articulo?codigo=2263254&yinfo=resumen&idioma=SPA>.
- Lemos, M. y Londoño, N.H (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.
- Mayor, I. (2000). *¿Por qué siempre nos enamoramos de quien no debemos?* España: Ediciones Librería Argentina
- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia ¿Cómo llenar un vacío existencial? *Revista de Psicoterapia*, 17 (1), 65-87.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467. Obtenido de: <http://www.gi.ulpgc.es/gem/index.php/publicaciones/articulos/18-the-rosenberg-self-esteem-scale-translation-and-validation-in-university-students>.

- McClintock, A.S., Anderson, T. y Cranston, S. (2015). Mindfulness Therapy for Maladaptive Interpersonal Dependency: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46, 856-868.
- McClintock, A.S. y Anderson, T. (2015). The Application of Mindfulness for Interpersonal Dependency: Effects of a Brief Intervention. *Mindfulness*, 6, 243-252.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Mora, M. y Raich, R.M. (2005). *Autoestima. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis
- Moral, M. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (2), 150-167. Obtenido de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2009a). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 230-240. Obtenido de: <http://redalyc.org/resumen.oa?id=28412891004>.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2009b). Dependencia interpersonal como adicción social: perfiles clínicos diferenciales. *10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, Febrero 2009*, 1-16.
- Moral, M. y Sirvent, C., Blanco, P. (2011). Adicciones y déficits en asertividad. *Revista psicología.com*, 15
- Moral, M. y Sirvent, C., Blasco, P. (2012). Autoengaño en adictos y dependientes emocionales. *13º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2012*: 1-23.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2014). Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. *Revista Española de Drogodependencias*, 39 (3), 38-56.
- Ng, H.M. y Bornstein, R.F. (2005). Comorbidity of dependent personality disorder and anxiety disorders: a meta analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 12, 195-406.
- Peterson, C., Park, N., y Seligman, M. E. P. (2005). Assessment of character strengths. En G. P. Koocher, J. C. Norcross, y S. S. Hill III (Eds.), *Psychologists' desk reference* (pp. 93-98). Nueva York, NY: Oxford University Press. Obtenido de: <https://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U. y Givaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41 (3), 295-304.

- Pincus, A.L. y Gurtman, M.B. (1995). The Three Faces of Interpersonal Dependency: Structural Analyses of Self-Report Dependency Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 744-758.
- Porcerelli, J.H., Bornstein, R.F., Markova, T. y Huprich, S.K. (2009). Physical Health Correlates of Pathological and Healthy Dependency in Urban Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (10), 761-765.
- Reynauld, M., Karila, L., Blecha, L. y Benyamina, A. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 261-267.
- Riso, W. (2009). *¿Amar o depender? Cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable* (3ª, 5ª imp. Ed.). Madrid: Planeta/Zenith
- Rodríguez de Medina, I. (2013). La dependencia emocional en las relaciones interpersonales. *ReiDoCrea: Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 2, 143-148.
- Sahar, G. (2008). What Measure of Interpersonal Dependency Predicts Changes in Social Support? *Journal of Personality Assessment*, 90 (1), 61-65.
- Salcedo, A. y Serra, E. (2012). *Amores dependientes. Teoría del apego como origen, mantenimiento y solución a la dependencia en el amor*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Santamaría, J.J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, ... y González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 116, 36-46.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C., (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, Sin mes*, 249-280.
- Sirvent, C. (2000). Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia. *I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer*.
- Sirvent, C., Moral, M. (2005). Test de Dependencias Sentimentales TDS-100. (F.1. Spiral., Ed.). Oviedo, España
- Sirvent, C., Moral, M. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. *8º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis*.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., y Cubero, N. S. (1994). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: Tea.
- Sussman, S. (2010). Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 17, 31-45

Urbiola, I., Estévez, A. y Iraugi, I. (2014). Dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes (DEN): desarrollo y validación de un instrumento. *Ansiedad y Estrés*, 20 (2-3), 101-114.

ANEXOS

ANEXO 1: Desarrollo de las sesiones

	Objetivo de la sesión	Técnicas en consulta	Tareas para casa
Sesión 1	Evaluación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrevista clínica ❖ Pruebas psicométricas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ CDE ❖ RSES ❖ ADCA-1 ❖ ESAGE 	Prescripción de alguna conducta relacionada con un estilo de vida saludable (comer verdura, pasear una hora, etc.)
Sesión 2	Aumento de la toma de conciencia del problema	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación sobre la dependencia emocional <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del hombre en el hoyo (Hayes, año) ❖ Psicoeducación sobre el tratamiento ❖ Entrevista motivacional ❖ Balance decisional 	❖ Práctica de mindfulness (respiración consciente)
Sesión 3	Superación el síndrome de abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicación de la importancia de la abstinencia ❖ Pautas de control de estímulos ❖ Ejercicio de Mindfulness (Consciencia auditiva) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tareas de control de estímulos ❖ Práctica de mindfulness (respiración consciente)
Sesión 4	Trabajo con la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificación de los pensamientos automáticos negativos ❖ Diseño del autorregistro y enseñar su uso 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (Body-scan) ❖ Completar autorregistro de los pensamientos negativos

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ejercicio de Mindfulness (Body-scan) 	
Sesión 5	Trabajo con la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Repaso del autorregistro con el paciente ❖ Reestructuración cognitiva. Interrogación socrática. ❖ Elaboración de pensamientos más adaptativos. ❖ Modificación del autorregistro y enseñar su uso ❖ Ejercicios de Mindfulness (Body-scan) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (Body-scan) ❖ Completar autorregistro de los pensamientos negativos
Sesión 6	Trabajo con la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomento de la autoaceptación. ❖ Identificación con los puntos fuertes del paciente. ❖ Trabajo con las fortalezas ❖ Ejercicio de Savoring 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de Mindfulness (Savoring) ❖ Recordar al final del día momentos de su hª que ejemplifiquen sus cualidades ❖ Llenar la casa de post-its con sus cualidades y fortalezas escritos en cada uno. ❖ 2 tareas para poner en práctica las fortalezas y los puntos fuertes
Sesión 7	Trabajo con la autoestima + Aumento emociones positivas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Planificación de actividades agradables ❖ Identificación de creencias profundas ❖ Ejercicio de Mindfulness (Consciencia visual) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de Mindfulness (Savoring) ❖ Completar autorregistro de creencias profundas ❖ Ejecución de 3 actividades agradables actividades agradables ❖ Carta de autocompasión
Sesión 8	Trabajo con la autoestima + Aumento de emociones positivas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Planificación de actividades agradables ❖ Reestructuración cognitiva de creencias profundas ❖ Elaboración de creencias profundas más adaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (respiración consciente/ consciencia auditiva/ consciencia visual) ❖ Ejecución de 3 actividades agradables actividades agradables

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Completar autorregistro de creencias profundas ❖ Escribir al final del día 5 cosas por las que se siente agradecido
Sesión 9	Trabajo con la autoestima + Aumento de las emociones positivas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración cognitiva de cogniciones profundas ❖ Trabajo con las fortalezas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (respiración consciente/ consciencia auditiva/ consciencia visual) ❖ Ejecución de 3 actividades agradables ❖ Completar autorregistro de creencias profundas ❖ 2 tareas para poner en práctica las fortalezas y los puntos fuertes ❖ Al final del día, escribir 3 cosas positivas que hayan tenido lugar durante el día.
Sesión 10	Fomento de la autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrenamiento en solución de problemas ❖ Planificación de actividades agradables ❖ Trabajo con las fortalezas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (Savoring) ❖ Ejecución del plan de acción para la solución del problema ❖ Ejecución de 3 actividades agradables ❖ 2 tareas para poner en práctica las fortalezas y los puntos fuertes
Sesión 11	Aumentar nivel de asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación sobre estilos pasivo, agresivo y asertivo de comunicación ❖ Identificación de pensamientos negativos y de situaciones que supongan una dificultad ❖ Ensayo de conducta ❖ Modelado 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (Body- scan) ❖ Completar autorregistro para pensamientos negativos en torno a situaciones sociales ❖ Puesta en práctica de conductas asertivas

		❖ Feed-Back e instrucciones	
Sesión 12	Aumentar nivel de asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificación de pensamientos negativos y de situaciones que supongan una dificultad (expresar desagrado o molestia) ❖ Ensayo de conducta ❖ Modelado ❖ Feed-Back e instrucciones ❖ Estrategia DESC ❖ Ejercicio de mindfulness (“Meditación de la montaña”) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (“Meditación de la montaña”) ❖ Puesta en práctica de conductas asertivas
Sesión 13	Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas de defusión cognitiva <ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del Hombre en el hoyo - Metáfora del polígrafo - Fisicalización de emociones ❖ Ejercicios de Mindfulness (Hojas en el río) ❖ Planificación de actividades agradables ❖ Trabajo con las fortalezas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (“Hojas en el río”) ❖ Ejecución de 3 actividades agradables ❖ 2 tareas para poner en práctica las fortalezas y los puntos fuertes
Sesión 14	Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas de defusión cognitiva <ul style="list-style-type: none"> - “Repetición de pensamientos hasta el absurdo” - “¡Salude al pensamiento!” ❖ Ejercicios de Mindfulness (Hojas en el río) ❖ Entrenamiento en afrontar las críticas: 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (“Hojas en el río”) ❖ Ejecución de 3 actividades agradables ❖ 2 tareas para poner en práctica las fortalezas y los puntos fuertes

Sesión 15	Aumentar la habituación a estímulos condicionados + Aumento de la regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrenamiento en respiración ❖ Elaboración de la jerarquía de ítems ❖ Técnica de exposición gradual en imaginación (5 primeros ítems de la jerarquía) ❖ Entrenamiento en regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Práctica de mindfulness (el paciente debe seleccionar la práctica y el momento en que la lleva a cabo) ❖ Poner en práctica habilidades de regulación emocional
Sesión 16	Aumentar la habituación a estímulos condicionados	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnica de exposición gradual en imaginación (5 últimos ítems de la jerarquía) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exposición en vivo acompañado de una persona cercana
Sesión 17	Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificación de SARs ❖ Elaboración de un plan de acción en el caso de identificar una SAR ❖ Explicación de la diferencia entre recaída y caída puntual ❖ Elaboración de un plan de acción si ocurre una caída puntual 	
Sesión 18	Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación sobre el amor romántico y trabajo con las creencias erróneas sobre el tema. ❖ Promoción de un estilo de vida saludable. 	
Sesión 19	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de la evolución del paciente ❖ Resolución de dudas y/o dificultades 	
Sesión 20	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de la evolución del paciente ❖ Resolución de dudas y/o dificultades 	

ANEXO 2: Psicoeducación sobre las fases características de las relaciones de personas con dependencia emocional, según Castelló (2005)

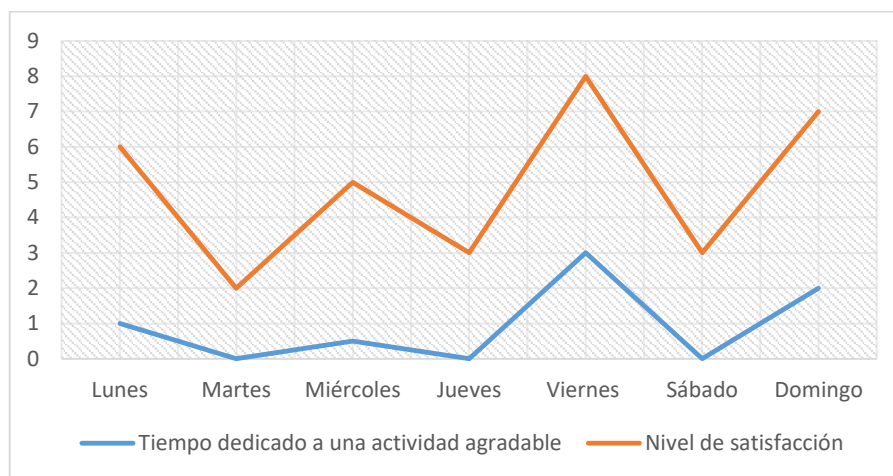
Las relaciones amorosas de las personas que sufren dependencia emocional suelen pasar por una serie de fases. A continuación, voy a comentarlas una a una, y cabe la posibilidad de que te llegues a identificar con alguna, o incluso con todas. La primera fase es la de euforia, al comienzo de la relación. Es una etapa de verdadera felicidad. Se comienza a idealizar a la pareja, y a formarse expectativas exageradas sobre el futuro de la relación. Todo el mundo parece girar alrededor de este nuevo amor. Pero a medida que pasa el tiempo llega la segunda fase, la de subordinación. A partir de aquí, los roles de dominante y subordinado de ambos miembros de la pareja empiezan a establecerse y a perpetuarse, ya que se refuerzan mutuamente de forma constante. La persona que sufre dependencia emocional comienza a auto-anularse y a dejar de lado sus propias necesidades, deseos y opiniones y llega a aislarse de sus seres queridos con el fin de dedicarse completamente a la relación. Esto afecta aún más a la ya pobre autoestima del dependiente emocional, que no soporta estar consigo mismo y consigue “evadirse” buscando la cercanía con la pareja. El tiempo pasa, y la relación evoluciona a la fase de deterioro o de desequilibrio extremo. Es la fase más larga de la relación, en la que se han acentuado las características de la fase anterior. Se afianzan más los roles de cada miembro de la pareja, se anula cada vez más el miembro dependiente y su autoestima se daña aún más. El sufrimiento es aún mayor que antes. Existe un miedo extremo a verse sin la pareja, y se hará lo imposible por retenerla (aunque tenga que soportar maltrato físico, psicológico o infidelidades). La situación es insostenible, y con ello llega la ruptura de la relación. Ello provoca un dolor intenso y un sentimiento de soledad y vacío, que llevarán a iniciar continuos intentos de acercamiento a la expareja. Si se logra algún tipo de acercamiento, supondrá un alivio inmediato a corto plazo, pero a largo plazo sólo perpetuará el malestar. Este malestar dura un largo periodo, en el que la persona con dependencia emocional suele recurrir (aunque no siempre es así) a relaciones de transición. Estas relaciones se dan con personas hacia las que no se desarrolla una dependencia per se, simplemente alivian los sentimientos de soledad y la necesidad de cercanía. El malestar por la ruptura sólo quedará completamente mitigado si la expareja accede a volver, o se encuentra una nueva pareja que conlleve el recomienzo del ciclo.

¿Qué te parece todo esto? ¿Te sientes identificado con algo? ¿Sientes que tu historia es parecida?

ANEXO 3: Autorregistro de pensamientos automáticos

Situación (A)	Pensamientos automáticos negativos (B) (nivel de credibilidad de 0 a 100)	Emociones (C) (intensidad de la emoción de 1 a 10) Conductas (C)	Debate (D)	Pensamiento alternativo (E)
¿Qué ha pasado?: ¿Qué he hecho yo?: ¿Dónde estoy?: ¿Son quién estoy?: ¿Qué han hecho las otras personas?:			¿Qué evidencias tengo de que esto es así?: Si realmente fuese así, ¿puedo solucionarlo?: ¿Me ayuda pensar así?: Si las cosas fuesen así, ¿serían tan terribles?: Si no puedo solucionarlo, ¿de qué me sirve pensar así?:	

ANEXO 4: Ejemplo de gráfica de registro de actividades agradables y nivel de satisfacción



ANEXO 5: Autorregistro de situaciones sociales

Situación vivida	Estilo interpersonal utilizado (agresivo, pasivo, asertivo)	Dificultades encontradas	Nivel de ansiedad (0-10)
¿Qué ha pasado? ¿Qué he hecho yo?: ¿Dónde estoy?: ¿Son quién estoy?: ¿Qué han hecho las otras personas?:			

ANEXO 6: Ejercicio de Mindfulness “Las hojas en el río”

El agua va arrastrando consigo diferentes hojas. Siéntelo como si estuvieses allí mismo, imagina el sonido del agua al moverse, imagina el aspecto del río, el suelo a su alrededor y las hojas siendo arrastradas por el agua. ¿Sientes que estás allí mismo?

Ahora recrea el sentimiento de soledad (o el pensamiento “Nadie me va a querer”) o, ese sentimiento que no te gusta y del que quieres liberarte. Imagina como la soledad sale de tu interior y toma forma. ¿Cómo es? ¿Tiene color? ¿Es redonda o alargada? ¿Pesa mucho o poco?

Toma la soledad entre tus manos. Siente su peso, su tacto, su forma. Deposita la soledad sobre una de las hojas que está arrastrando el río. Observa como la corriente arrastra la hoja y, con ella, la soledad. Cada vez está más lejos... hasta que desaparece por completo de la vista. A medida que se ha ido alejando, siento como esa soledad desaparece en ti.

ANEXO 7: Consentimiento informado para la participación en el estudio

Consentimiento informado

Nombre del estudio: Intervención psicológica para la dependencia emocional

Nombre del investigador principal: _____

Sede donde se realizará el estudio: _____

Teléfono y contacto: _____

Email de contacto: _____

Información general del estudio

Estimado participante,

El estudio que pretendemos llevar a cabo busca evaluar la eficacia de una intervención diseñada para tratar la dependencia emocional a la pareja tras la ruptura de la misma. Dado que la dependencia emocional no es una problemática que aparezca en los manuales diagnósticos actuales, aún no se han desarrollado tratamientos empíricamente validados para ello. Para el diseño de la intervención, se ha investigado la literatura existente sobre el tema con el fin de identificar las principales características que definen la dependencia emocional. A partir de estas características, se ha diseñado la intervención que se pretende poner a prueba en este estudio.

Con el fin de aumentar la validez de la investigación, los participantes del presente estudio serán derivados de manera aleatoria a uno de los dos grupos en los que se dividirá la muestra. Formarán parte, o bien del grupo de tratamiento, o bien del grupo control en lista de espera. Ambos grupos completarán una serie de pruebas de evaluación psicológica antes y después del tratamiento, con el fin de comparar las medidas entre ellos.

Los participantes pertenecientes al grupo control en lista de espera no recibirán el tratamiento para la dependencia emocional hasta que haya finalizado el proceso de intervención del grupo de tratamiento. La participación en este estudio no supondrá ningún coste económico por parte de los participantes.

Los datos recabados durante la evaluación y durante el proceso de intervención serán tratados con absoluta confidencialidad. Los datos que se recaben mediante las pruebas de evaluación serán utilizados para realizar los cálculos estadísticos posteriores, pero siempre de manera anónima. Sólo los miembros del grupo de investigación tendrán acceso a los datos personales de los participantes (terapeutas e investigadores). Los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de sus pruebas de evaluación, por lo que se les informará de los mismos tras la corrección de las pruebas.

Dado que se pretende evaluar una intervención psicológica, los terapeutas encargados de guiarla pueden solicitarle que lleve a cabo ciertas técnicas o ejercicios para realizar tanto en la consulta como en casa. Algunas de estas técnicas pueden despertar ciertos malestares o incomodidades en los participantes. Se ruega que, de acceder a la participación en el estudio, mantenga un compromiso con las instrucciones de los terapeutas.

Siéntase libre para preguntar cualquier duda a los investigadores en cualquier momento, así como para consultar con alguien la decisión de participar o no en el estudio. Se le recuerda que, de encontrarse incómodo a lo largo del proceso, puede abandonar la investigación en cualquier momento, y sin ningún tipo de penalización.

Carta de consentimiento informado:

Yo, D./D^a _____, he sido invitado a participar en el presente estudio para evaluar la eficacia de la intervención propuesta para la dependencia emocional. He sido informado del objetivo del estudio, así como de las características del mismo. He leído y comprendo los términos de la participación, de confidencialidad, así como la posibilidad de abandonar voluntariamente el estudio en el momento en que lo desee.

Por todo esto, firmo el presente consentimiento informado que muestra mi participación voluntaria para el estudio.

Madrid, a _____ de 20__

Firma del participante

Firma del investigador principal