

Duelo y personalidad dependiente: estudio de caso en psicoterapia desde una perspectiva integradora

Mena Macari, Montserrat

2017

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3741>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



DUELO Y PERSONALIDAD DEPENDIENTE ESTUDIO DE CASO EN PSICOTERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

MONTSERRAT MENA MACARI

Puebla, Pue.

2017

DUELO Y PERSONALIDAD DEPENDIENTE: ESTUDIO DE CASO EN PSICOTERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

Montserrat Mena Macari
Universidad Iberoamericana Puebla
Maestría en Psicoterapia

RESUMEN

El objetivo de este estudio es presentar la implementación del tratamiento de un adulto de 26 años que acude al servicio de Orientación, PsicoTerapia y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla, a quien se le ha designado el pseudónimo de José. El motivo de consulta se asocia a la ruptura de una relación de pareja. El tratamiento se dio a lo largo de 15 sesiones desde un enfoque integrador, con bases en la teoría de la Psicoterapia Sistémica y con evaluaciones desde el modelo Cognitivo-Conductual, obedeciendo también a un método mixto de investigación. Desde la perspectiva cuantitativa y Cognitiva-Conductual se utilizó; Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) y Escala Global de Satisfacción (Moreno, 2012). En la metodología cualitativa y desde el enfoque sistémico se empleó el genograma (McGoldrick y Gerson, 2003) y el ecomapa (Hartman, 1979 en Peña-Cuanda y Esteban-Guitart, 2013). En función de los objetivos, los resultados reflejan una mejoría de los síntomas de José, así como cambios en comportamientos que alteran las pautas de interacción con los subsistemas.

Palabras clave: Estudio de caso, Psicoterapia con Enfoque Integrador, Duelo, Personalidad Dependiente, Evaluación Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Sistémica.

INTRODUCCIÓN

Para los seres humanos las relaciones de pareja se establecen en respuesta a necesidades biopsicosociales. Se considera estas relaciones como una de las experiencias más complejas en la vida de los seres humanos, ya que es una entidad formada por dos personas que presentan una serie de demandas mutuas que cambian a lo largo de la vida (Marín, 2010). Cuando uno o ambos miembros de la pareja perciben que tales demandas no son satisfechas, la relación se enfrenta a dificultades que pueden llevar a la disolución o a la ruptura de la relación (Sánchez y Martínez, 2014).

El proceso de separación de la pareja, según Marín (2010) se divide en las siguientes etapas:

- 1) Pre-ruptura: Consiste en un tiempo indeterminado en las que uno o ambos miembros de la pareja vacilan con respecto a la permanencia en la relación de pareja. Esta etapa se caracteriza por gran angustia.
- 2) La decisión: Se determina la ruptura de pareja por uno o ambos miembros de la pareja. Se acompaña de sentimientos de culpa, afectaciones en la autoestima, síntomas somáticos, entre otras reacciones emocionales.
- 3) Ruptura efectiva: Se buscan soluciones a problemas pragmáticos en consecuencia a la decisión con lo que se inicia un modo y estilo de vida individual. Priman la desorientación y la necesidad de confirmar afectos y el vínculo preexistente, por lo que se hace indispensable una red de apoyo más fortalecida. En ocasiones, se mantiene un sentimiento de esperanza (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri, y Martínez, 2008) que en términos de la relación lleva a uno o a ambos miembros a buscar su reconstrucción, algunas veces sin éxito.
- 4) Separación: Formalmente se inicia con la aceptación de la pérdida de la relación, poniendo en funcionamiento estrategias para cubrir la necesidad de formar nuevas relaciones sociales. En este punto se alcanza la desvinculación emocional y afectiva que mantuvo a la pareja.

La transición por las etapas anteriores, respecto a la ruptura de una relación de pareja desencadena de manera individual el duelo, el cual es definido como un proceso emocional natural que se presenta al romperse un vínculo afectivo e implica procesos psicológicos, físicos y sociales (Millán-Gonzales, y Solano-Medina, 2010), y en el que se experimenta sufrimiento y aflicción.

Se han documentado distintas aportaciones con respecto a este proceso de acuerdo a la identificación de momentos o fases específicas que se presentan en personas ante situaciones de pérdida. Gillem, Romero y Oliete (2013) mencionan que existen multitud de clasificaciones de las etapas del duelo en función a autores y escuelas. Reconocida como pionera en este ámbito, Kubler Ross (1969) identificó cinco fases del duelo; negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Para Lindenman (1944, en Oviedo, Parra y Marquina, 2009), el duelo conlleva tres fases; fase de evitación, fase aguda y fase final. Para Kaplan (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015) el duelo consiste en tres fases; fase de *shock* y negación, fase de angustia aguda y aislamiento, y fase de reorganización.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta versión (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014) y la sección dedicada a los trastornos mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (Organización Mundial de la Salud, 1992) consideran que el duelo es una situación que requiere de atención profesional. Y establecen especificaciones para diferenciar cuando este se considera o no patológico.

Para el DSM 5 (APA, 2014) el duelo no patológico, se ubica en la categoría de Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica –códigos V-. Se diagnostica como duelo no complicado –código V62.82-, y se aplica cuando el objeto de atención clínica es una reacción normal ante una pérdida, dentro de la cual pueden presentarse síntomas característicos de un episodio de depresión mayor.

. Dentro del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992), el duelo no patológico se categoriza dentro de los Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud –códigos Z-, especificando su ubicación en los Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluidas las circunstancias

familiares -código Z 63-, y seguido a esta, la reacción ante el duelo -código F43-, cada uno con sus respectivos dígitos especificadores.

El duelo se considera un proceso adaptativo universal, sin embargo, los sentimientos, las conductas y duración asociado a esto difiere de acuerdo a variables como la personalidad, el contexto, la cultura y las experiencias de pérdida previas (Tizón, 2004). Sanders y Horowitz proponen que los factores de personalidad influyen en la expresión individual del duelo (en Olmeda, García y Basurte, 2002) y posibles complicaciones agudas (Uribe, 2015).

A partir de lo anterior, se considera que en algunas ocasiones la personalidad se caracteriza por patrones que muestran una consistencia que abarca las diferentes áreas de la vida, se manifiesta en las distintas situaciones y resulta inflexible en el funcionamiento, lo que genera malestar significativo para la persona o para su ambiente y es cuando se les denomina rasgos (Caballo, Gillen, y Salazar, 2009). Los conjuntos de dichos rasgos pueden configurar un trastorno de la personalidad (Caballo, 2004). Para algunos autores (Middleton, Burnett, y Martínez, 1997; Alarcón, 1984) el duelo patológico se relaciona con trastornos de personalidad preexistentes.

Para 2006, se estimó que en la población mexicana, los trastornos de la personalidad incluidos en los sistemas de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) y la Organización Mundial de la Salud (1992) prevalecían en un 4.6% (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar, 2003). En dicha clasificación se ubica el Trastorno de la personalidad por dependencia.

Para en DSM 5 (APA, 2014) el Trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza por una necesidad excesiva y general de que se ocupen de uno, enmarcado en un comportamiento de sumisión y adhesión, además de constantes temores referentes a la

separación. Su manifestación surge en los inicios de la vida adulta y se presenta en diferentes contextos. Para su diagnóstico se indican cinco o más de los criterios siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación.
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Con base en el manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992), el trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza de al menos 4 de los siguientes criterios:

1. Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.

2. Subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que depende y sumisión excesiva a sus deseos.
3. Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables a las personas de las que depende.
4. Sentimientos de incomodidad y abandono al estar solo, a causa de un temor exagerado a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
5. Preocupación de ser abandonado a su propia suerte.
6. Escasa capacidad para tomar decisiones cotidianas sin un apoyo, consejo y reaseguramiento excesivo por parte de los demás.

Por otro lado, los trastornos de la personalidad se presentan en comorbilidad con otros trastornos mentales (Caballo, 2004). De manera específica, el trastorno de personalidad por dependencia se asocia a la presencia paralela de otros trastornos mentales como el trastorno depresivo mayor, distimia, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno de somatización (Moreno y Medina, 2006) así como con el abuso de sustancias (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi y Zarzuela, 2002). Para Moreno y Medina (2006) el padecimiento de un trastorno, es un factor predisponente ante la aparición de un segundo.

Como lo señalan las nosologías anteriores, para afirmar el diagnóstico del Trastorno de Personalidad por Dependencia, debe haber la presencia de la mayoría de los criterios enlistados. Sin embargo, en muchas ocasiones, se identifica la manifestación de los rasgos de personalidad de manera subclínica que generan de igual manera un malestar significativo (Blanco y Moreno, 2006). Como se observó en el caso que se expone en el presente.

Las personas con rasgos de la personalidad dependiente se describen como personas que dependen de la ayuda y consejo de otros, con una autoestima depositada en terceros, miedo al abandono y sentimientos de desamparo. La imagen de sí mismos es de

incompetencia, se sienten incapaces de cuidar de sí mismos y si una relación importante finaliza, se sienten anulados y desesperados con creencias sobre ser incapaces de superar el vacío de esta pérdida (Caballo, 2004).

Para Caballo (2004) la evaluación de la personalidad es indispensable, en tanto que, frente a la aparición de otro trastorno o situación de atención clínica, orienta el curso del diagnóstico principal. Independientemente del motivo de consulta o de la razón de atención, explorar la personalidad permite al clínico una perspectiva más completa con respecto a los objetivos y alcances del tratamiento.

La revisión previa en la literatura en función de este caso, permite concluir que a pesar de que el motivo de consulta es específico en tanto a la ruptura de relación de pareja que desencadena un proceso de duelo, puede verse complicado por la coexistencia de rasgos de la personalidad dependiente. Por otro lado, la manera en que el duelo está siendo experimentado, puede deberse a los rasgos de personalidad presentes.

Para el modelo sistémico, estos rasgos de personalidad se observan como pautas en la interacción que mantienen los síntomas, además, que se repiten en los otros subsistemas, y que vuelven más complejo el proceso de duelo, en una retroalimentación negativa que impide el cambio. El proceso de duelo, como proceso derivado de la ruptura de la relación de pareja, hace más evidentes dichos rasgos.

CASO CLÍNICO

Datos de identificación

José, a quien por cuestiones de ética se le ha designado dicho seudónimo, es un joven de 26 años de edad, soltero, egresado hace un año como diseñador de una universidad privada de la ciudad de Puebla. Actualmente se dedica al desarrollo de proyectos independientes. Mide

aproximadamente 1.65 metros de estatura, su complexión es robusta y con sobrepeso. De tez morena clara, cabello y ojos castaños, usa lentes de armazón grueso. Vive en la ciudad de Puebla con su hermana menor de 22 años de edad. Su madre y padre de 55 y 60 años, respectivamente, viven en un estado cercano a Puebla. Reporta un uso y abuso de alcohol a lo largo de sus estudios universitarios. En el último año ha terminado con dos relaciones de pareja anteriores, y cree que en un momento una sustituyó a la otra. En cada una de estas ocasiones ha acudido al servicio de Orientación PsicoTerapia y Aprendizaje significativo. Su proceso anterior se concluyó al conseguir el máximo de sesiones y vuelve un año después.

Existe la posibilidad de que la decisión de volver al proceso de psicoterapia de José, se deba a que los efectos del tratamiento anterior funcionaron por un tiempo, siendo la atención dedicada al duelo, en un modelo no sistémico, lo que le apoyó en dicho proceso, no así en la preparación ante recaídas, por lo que ante una situación similar, recayó.

Motivo de consulta

José refiere en la primera sesión: *“Siento que recaí de mi proceso anterior... han sucedido muchas cosas últimamente recién salí de la carrera y estoy buscando trabajo... también cosas en casa han ocurrido... el motivo principal es que hace como tres meses terminé una relación de amistad, más como de pareja”*.

José reportó tristeza, enojo, sensación de vacío y miedo a la soledad. La hipersensibilidad fue una característica visible en el llanto constante. Se describió con un sentido disminuido de sí mismo y poca aceptación de las propias responsabilidades, a partir de la ruptura de la relación y con respecto a sí mismo.

Es la segunda vez que José acude al servicio de Orientación PsicoTerapia y Aprendizaje Significativo, el motivo de consulta anterior y la sintomatología fueron similares

la ocasión anterior, la situación desencadenante coincide también con la ruptura de otra relación de pareja.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Esta es una investigación de método mixto. La evaluación se realizó a partir de herramientas del modelo Cognitivo-Conductual y también con instrumentos desde el enfoque Sistémico. Los primeros tienen como objetivo, desde lo cuantitativo, medir la frecuencia de síntomas a lo largo del tratamiento, mientras que los segundos, desde una mirada cualitativa, son base del tratamiento del modelo sistémico y guía para la construcción de hipótesis.

Los instrumentos cuantitativos dentro del modelo cognitivo-conductual fueron:

Escala de Enojo Rasgo. Esta escala de 10 reactivos fue creada por Spielberger (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) para medir el grado en que es fácil que una persona reaccione con enojo de manera frecuente, ya sea ante la menor provocación o en su vida en general. Ejemplos de reactivos: exploto fácilmente, me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado, tengo un carácter irritable. Las opciones de respuesta van desde 1 = “Casi nunca”, hasta 4 = “Casi siempre”. Mayor puntaje indica mayor enojo rasgo. En México, La escala tiene validez de constructo (Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011) y confiabilidad aceptable, Alfa de Chronbach de .83. La puntuación a partir de 24 puntos, ubica a las personas con un enojo rasgo por arriba del percentil 75.

Inventario de Depresión de Beck. Es un instrumento de 21 reactivos que miden la intensidad de sintomatología depresiva. En cada reactivo la persona elige en un conjunto de cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor le describe durante las últimas dos semanas, incluyendo el día que contesta el instrumento. La consistencia interna es aceptable, de .87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998). Al calificar el inventario, los puntos de corte son: no depresión (0-9 puntos),

depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (más de 30 puntos).

Inventario de Ansiedad de Beck. Está formado de 21 reactivos que miden la intensidad de síntomas específicos de la ansiedad. Los reactivos están claramente relacionados con los criterios diagnósticos de ansiedad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV y 5 (APA, 2014; APA 1993). Se pide a los pacientes que respondan en qué grado han sentido síntomas como nerviosismo o terror durante la última semana. Las opciones de respuesta son: 0 = “Poco o nada”, 1 = “Más o menos”, 2 = “Moderadamente” y 3 = “Severamente”. El inventario fue validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Su confiabilidad está arriba de .80. Su calificación se divide en cuatro: ansiedad mínima (0-5 puntos), leve (6-15 puntos), moderada (16-30) y severa (31-63).

Escala global de afectación. Debido a que los instrumentos anteriores son muy específicos, se usó una escala global de afectación para evaluar en un sentido más general a los pacientes, lo cual brindó un panorama de mayor amplitud sobre sus vidas. La escala tiene siete reactivos que evaluaron de forma global el grado de afectación o perjuicio en el funcionamiento del paciente debido a sus problemas. La escala mide en diversas áreas de la vida: social, escolar/laboral, ratos libres, relación familiar, pareja, salud física y vida en general. Los pacientes responden a: “Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas...” y luego aparecían los reactivos: 1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada; 2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado; 3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas; 4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada; 5, Mi relación de pareja está siendo perjudicada...; 6, Mi salud física está siendo

perjudicada; y 7, Mi vida en general está siendo afectada. Los pacientes respondieron en una escala de intensidad, donde 1 = Nada, 2 = Casi nada, 3 = Poco, 4 = Regular, 5 = Mucho y 6 = Muchísimo. Mayor puntaje indica mayor afectación. La escala tiene confiabilidad aceptable, Alfa de Chronbach de .84 (Moreno, 2012), y los reactivos tienen correlación moderada con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck en una muestra clínica (Moreno, 2012).

Desde la perspectiva cualitativa, y en apego al modelo Sistémico, se utilizó:

Genograma. Es una representación gráfica sobre la información genealógica de una persona. A partir de esta se visualiza información sobre la estructura de la familia, las relaciones que mantienen sus miembros, los límites, alianzas, coaliciones, triangulaciones, pautas relacionales y demás elementos desde los que se construyen hipótesis desde el modelo sistémico (McGoldrick y Gerson, 2003).

Ecomapa. Representación gráfica de las relaciones que tiene un individuo al exterior de la familia, es decir, con el macrosistema social en el que se desenvuelve. Fue propuesto en 1979 por Hartman (en Peña-Cuanda y Esteban-Guitart, 2013). Permite tomar en cuenta a los contactos más próximos a la persona y profundizar en las características de tales relaciones.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó en cuatro momentos. La escala de Enojo Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala Global de Afectación se aplicaron previo a la las sesiones 1, 5, 10 y 15.

El genograma y el ecomapa se fueron construyendo a lo largo de las sesiones, lo que permitió obtener la información necesaria para sustentar los objetivos y técnicas terapéuticas aplicadas, completándolos en sus elementos básicos hacia la cuarta sesión. Es importante

mencionar que estas herramientas, además de constituirse como herramientas de evaluación, en sí mismas son técnicas de intervención, ya que son la base para la formulación de hipótesis planteadas por el terapeuta (Ludewig, 2005).

FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

Elección del tratamiento

La elección del modelo sistémico estuvo en función de las características del programa de formación en la Maestría en Psicoterapia. Se optó también por dicho modelo ya que, en el mismo periodo de tiempo, el caso tuvo seguimiento dentro de la práctica supervisada en el mismo enfoque. Al mismo tiempo, desde su base teórica, construir el tratamiento desde este enfoque, permite la intervención en las pautas individuales que originan el conflicto en el ámbito interpersonal desde una conciencia sobre ellas y la motivación a realizar cambios en las relaciones actuales y en futuras. Las personas, a partir de esto, analizan que no son ellos el problema o el otro, sino que eso se encuentra en la interacción.

Formulación sistémica del caso

José describe desde la infancia una relación estrecha con su madre y abuela, quienes afirma le brindaron “*gran protección*”. Con respecto al padre, reportó una constante situación de maltrato y abuso físico y psicológico. En algunas ocasiones, José se refiere a su padre como “*un patán*”. La hermana menor es desapegada en las relaciones con los padres y José piensa ella ha sido un apoyo para salir adelante en momentos difíciles. Las parejas que ha tenido José, considera han tenido siempre un rol directivo de la relación, cuando él considera que tiene iniciativa, siente que es rechazado. Ligado a esto, hay un sistema de creencias que le lleva a plantear que la manera de establecer y mantener una relación de pareja, es a través de la condescendencia.

Lo anterior permitió formular las siguientes hipótesis iniciales, enumeradas a continuación; 1) la existencia de un patrón de interacción de dependencia a partir de las representaciones de la figura materna, al tiempo que 2) se dificulta la identificación y expresión de las propias necesidades, y con ello la poca capacidad para establecer límites y llevar a cabo mecanismos que permitan satisfacerlas por sí mismo, esto último a partir de las representaciones de la figura paterna. 3) La interacción entre ambos patrones constituye una retroalimentación que los mantiene a sí mismos, presentándose la circularidad (Bertalanffy, 1976) que además 4) se extiende a otras relaciones sociales, haciéndose más evidente en las relaciones de pareja, en las que busca generalmente complacer a los demás para sentirse aceptado, siendo en el caso, el ejemplo del principio de equifinalidad (Bertalanffy, 1976).

Esta manera de interactuar por algún tiempo le mantiene cómodo, sin embargo, algunas veces le ha llevado a permitir abusos. Por ejemplo, cuando considera que la influencia de algunas de estas relaciones, le llevó a periodos de alto consumo de alcohol. Cuando las relaciones sociales se disuelven, generalmente, a partir de otros, José mantiene la interacción aumentando la frecuencia e intensidad de los comportamientos para recuperar la interacción o bien, establecer una nueva relación con características similares en las transacciones, lo que eleva la tensión y favorece a la aparición de síntomas. Esto obedece al principio de homeostasis (Jackson, 1984) y da pie a la observación de que, 5) los intentos de José respecto a los síntomas, se han caracterizado por ser cambios tipo 1 (Bertalanffy, 1976), sin embargo, no se han originado cambios tipo 2, por lo que se reincide ante situaciones similares (Bertalanffy, 1976).

En términos de comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981), José 6) suele establecer patrones de relaciones complementarias, que al volverse simétricas no puede manejar, llevando a conflictos que se extienden en el tiempo y dificultan el cambio.

A partir de la percepción de la interacción del subsistema fraterno, 7) las creencias (Linares, 2012) de género, respecto lo masculino y lo femenino se mantienen con significados polarizados y con dificultad para integrarlos. La descripción de dicho subsistema se ubica en el marco cultural actual estereotipado, con modelos de género tradicionales. José se identifica con una tendencia hacia las características femeninas; abnegación, sumisión, dependencia. Las ideas sobre estos modelos se mantienen rígidas y se anulan entre sí.

De acuerdo al Ciclo Vital de la Familia (Minuchin y Fishman, 1981), José se ubica en la etapa de emparejamiento, en la que se busca a la pareja como una extensión de la familia de origen. En este momento, la ansiedad frente al proceso de diferenciación (Bowen, 1991 en Andolfi y De Nichilo, 2003) suele ser más elevada que en otras etapas. 8) Esto explica cómo es que en las relaciones de pareja, esto es más evidente para José y es donde experimenta mayor reactividad emocional.

La ruptura de la relación de pareja se experimenta como un cambio abrupto que imposibilita la continuación de las interacciones que le permiten sentirse cómodo. Nuevamente a partir del principio homeostático, los síntomas le llevan, con comportamientos más frecuentes e intensos, a recuperar o a sustituir la relación. Ante la ruptura hay un mayor número de intentos por buscar a la ex pareja y a partir de otros medios, como son a través de otras personas con los que anteriormente no había relación, además de darle un significado que retroalimenta de manera negativa (Prata, 1980 en Espina y Pumar, 1996) al cambio. Por ejemplo, ideas sobre mantener la insistencia en el contacto con ella; *“Tal vez deba seguir insistiendo”*, *“Si no quiere escucharme antes de entrar, ahora puedo ir a buscarla cuando salga del trabajo”*, *“Le pedí a uno de sus compañeros del trabajo, que le llamara para salir a verme”*.

Los síntomas que José identifica como sentimientos de vacío, miedo y desesperación ante la soledad, y la búsqueda del rol de sustentador emocional, están acorde a las pautas de relación anteriores, a la construcción de significados polarizados y a la tensión respecto al proceso de diferenciación familiar que se hacen más evidentes ante la pérdida reciente de la relación de pareja.

Objetivos de la intervención

El objetivo general consistió en el acompañar el proceso de duelo de José y favorecer cambios que le lleven a pautas de interacción de mayor independencia y crecimiento.

Como objetivos específicos:

- Contener y acompañar la emocionalidad propia del duelo.
- Normalizar las reacciones del duelo.
- Describir el motivo de consulta en términos relacionales.
- Reencuadrar el motivo de consulta guiándolo hacia una oportunidad de cambio.
- Ampliar la perspectiva del motivo de consulta para observarlo más allá de la demanda de atención.
- Identificar patrones de interacción en otros ámbitos de la vida.
- Evidenciar los patrones de relación en interacciones de dependencia, los que se reflejan en las hipótesis iniciales.
- Propiciar la deconstrucción de creencias rígidas que mantienen los patrones de interacción, por ejemplo, las asociadas a género y relación de pareja.
- Desarrollar la capacidad de autoobservación y detección de las propias necesidades.
- Promover decisiones correspondientes a la satisfacción de las propias necesidades y direccionarlas a la acción.

Técnicas empleadas durante el tratamiento

Las técnicas empleadas se eligieron con bases teóricas del modelo sistémico que se ubican dentro de las diferentes escuelas del enfoque. La formulación de hipótesis (Watzlawick y Nardone, 1999; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Minuchin y Fishman, 1981; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981; Haley, 1980), como herramienta base del modelo, orientan el curso del proceso psicoterapéutico.

La estrategia a lo largo de las 15 sesiones tuvo como base los conceptos humanistas de empatía, escucha activa y aceptación incondicional. Estas se entienden como las actitudes y esfuerzos que buscan la comprensión del mundo subjetivo de la persona, sus necesidades, sentimientos y circunstancias con un total respeto por ella y su mundo (Rogers, 1997). Aunado a lo anterior, O'Hanlon y Bertolino (2002) comentan que anterior al proceso de buscar soluciones al problema de los consultantes, es indispensable que se sientan entendidos y escuchados.

Por la alta emocionalidad de José, las primeras tres sesiones, se dedicaron a la escucha y lograr la comprensión del motivo de consulta, así como a la construcción de hipótesis a partir de los datos obtenidos. Se empleó la técnica de normalización (Watzlawick y Nardone, 1999) que es la connotación de naturalidad del motivo de consulta desde el rol del terapeuta. Se hizo también una recopilación de las soluciones intentadas (Watzlawick y Nardone, 1999), para explorar las alternativas frente al motivo de consulta y los resultados obtenidos. Se llevaron a cabo cuestionamientos circulares (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980 en Feixas, 2013), los que implican preguntas sobre cómo otros miembros del sistema perciben los acontecimientos que vive la persona y que le llevan a comportarse de la manera en que lo hace.

Como ya se mencionó en el apartado de los instrumentos, el genograma (McGoldrick y Gerson 2003) y el ecomapa (Hartman, 1979 en Peña-Cuanda y Esteban-Guitart, 2013), son herramientas de evaluación y a la vez, constituyen elementos de intervención, a partir de los cuales se comprueba o rechaza las hipótesis elaboradas por el terapeuta. Para la cuarta sesión, dichas técnicas en sus fundamentos estaban elaboradas. A partir de las anteriores, se utilizaron técnicas para hacer evidente la externalización del patrón de las pautas de interacción, principalmente, la clarificación (Minuchin y Fishman, 1981) y el uso de metáforas (Haley, 1980), que consisten en la utilización de analogías con fines terapéuticos.

Durante la sesión 5, la técnica principal empleada fue la de la pregunta milagro (Cade y O'Hanlon, 1995). Esta consiste en preguntar de manera hipotética, qué es lo que pasaría y cómo actuaría él y las personas a su alrededor, si de pronto un milagro ocurriera y el problema ya no estuviera, volviendo la mirada a las posibles soluciones. Se empleó también la técnica de la ubicación en una la escala (Cade y O'Hanlon, 1995), la que a partir de este momento se retomó en las sesiones subsecuentes para cuantificar de manera subjetiva los cambios hacia la mejoría.

A partir de la sesión 6, se llevó a cabo un estilo más directivo en tanto a hacer prescripciones (Watzlawick y Nardone, 1999) que permitieran experimentar comportamientos distintos para romper con las pautas de interacción ya externalizadas. Se tomaron en cuenta las soluciones generadas en anteriores sesiones, para orientar a los objetivos entre los que se encuentra el fomentar una mayor independencia. Así mismo, se emplearon las técnicas de cambio de creencias y reconfiguración (Linares, 2012). Estas permiten cuestionar las ideas asociadas a constructos rígidos que se refuerzan por los comportamientos que las confirman. De la misma manera, se utilizó el reencuadre

(Minuchin y Fishman, 1981), que permite replantear el motivo de consulta desde perspectivas alternas.

A partir de la sesión 12 se trabajó en función de la prevención de recaídas a través de preguntas a futuro y la construcción de la marcha atrás (Cade y O'Hanlon, 1995, De Shazer, 1992). Las técnicas anteriores, consisten en la exposición desde la imaginación a sintomatologías asociadas al motivo de consulta, así como el ejercicio de recorrer hacia atrás el proceso de psicoterapia, buscando los cambios y alternativas que los permitieron.

Implementación del tratamiento

A continuación se muestra una transcripción de un fragmento de la sesión 8 que refleja la implementación del tratamiento. El objetivo en esta sesión consistió en ampliar la perspectiva con respecto al conflicto inicial. Se utilizó la técnica de reencuadre:

“José: ...básicamente siempre me he sentido un perdedor, pero pues bueno, ya.

Terapeuta: Y bueno es parte de la vida perder o ganar.

José: Si, ganar, perder...

T: algunas vez hablamos de cómo dentro de la pérdida también puede haber una ganancia.

J: Aja....

T: O lo bueno de lo malo.

J: Aja...

T: A pesar de estas pérdidas, qué has ganado? Hasta este momento, a pesar de que hay una pérdida. Una pérdida que es la que te trajo aquí.

J: Pues básicamente gané mucha experiencia... Yo... si me toca otra relación como del mismo giro cómo de la edad o del giro (*risas*) o más bien la forma de pensar, pues básicamente sabes cómo llegarle.... Es como le decía a ella, pues después de ti a todos los veo como unos niños... pues con sus papás, con sus problemas con su forma de pensar, no sé es un nivel más alto...

T: Aja...

J: Es más como en el sentido de la confianza, del acompañamiento... de apoyo... digamos que ya es una relación más madura.

T: Entonces aprendes conforme a la relación.

J: Aprendo los tratos, aprendo la forma, tal vez la forma de pensar, aprendo la gran mayoría de mis defectos...

T: Otra...

J: No sé, mi paciencia aumentó, como mucho... soy más consciente, así como más tranquilo, menos irritable.

T: ¿Menos irritable?

J: Pues que incluso no era muy irritable, sin embargo me hacía desconcertar y así, ponerme violento, loco... es como te digo, dejó todo bien y así cuando se fue y así como que mmm... (se encoje de hombros y aprieta los labios)

T: Es decir, cuando sientes que estaban en lo mejor... o puede ser cuando tenías más expectativas?... o las dos cosas...

J: Digamos que Ana entró como parte de un juego, luego se volvió realmente parte del juego y al final se volvió el juego, entonces fue lo que marcó la gran diferencia.

T: Me hablabas de la paciencia, muy bien, qué más...

J: No sé, como a valerme más por mí. Dejar al chico universitario atrás y ser más como (junta las manos) un hombre derecho, dijeran... y sí, como que es lo que aprendí... pero cuando ya había logrado todo y no fue como perder el tiempo, pero si de “y ahora”(risas).

T: Y te enfrentas a ese “ahora”...

J: Sí porque en realidad no tengo nada, mi confianza esta mermada...

T: Sin embargo lo has ido recuperando a lo largo de las sesiones.

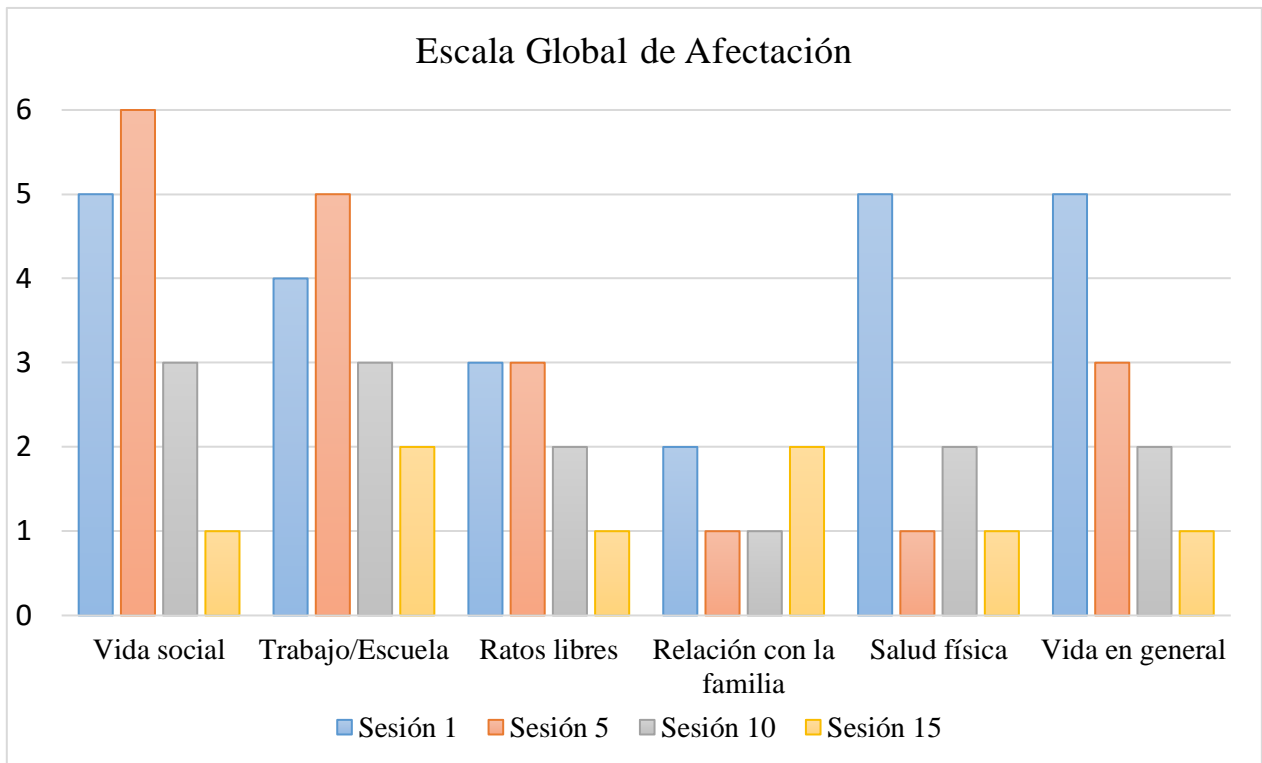
J: ah si... lo planteo desde que vine aquí... ahora ya tengo como que la confianza bien puesta, ya como calmándome poco a poco, ya como viendo en el futuro qué viene, que hay y bien.

T: También hay ganancia en ese sentido...

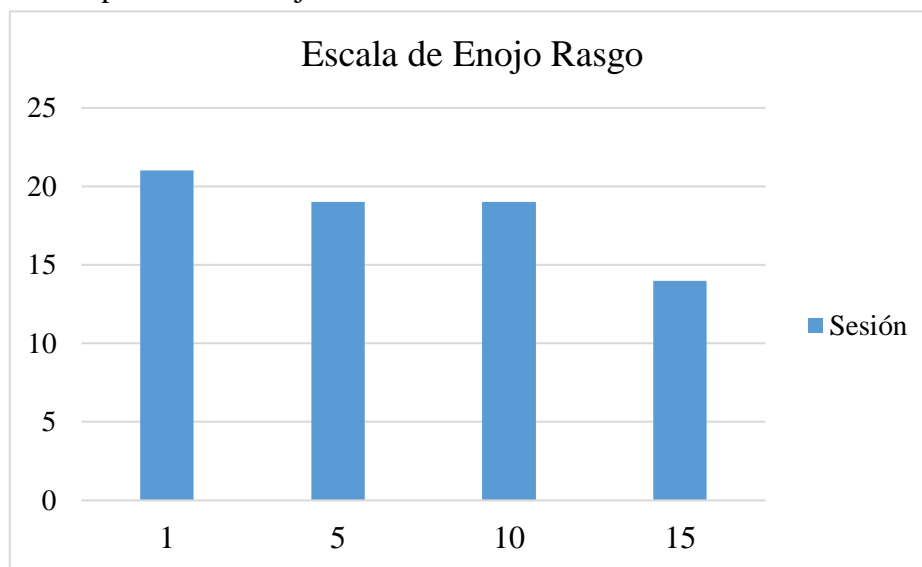
J: Y de no repetir lo que pasa, aunque la extraño...”

Resultados del tratamiento

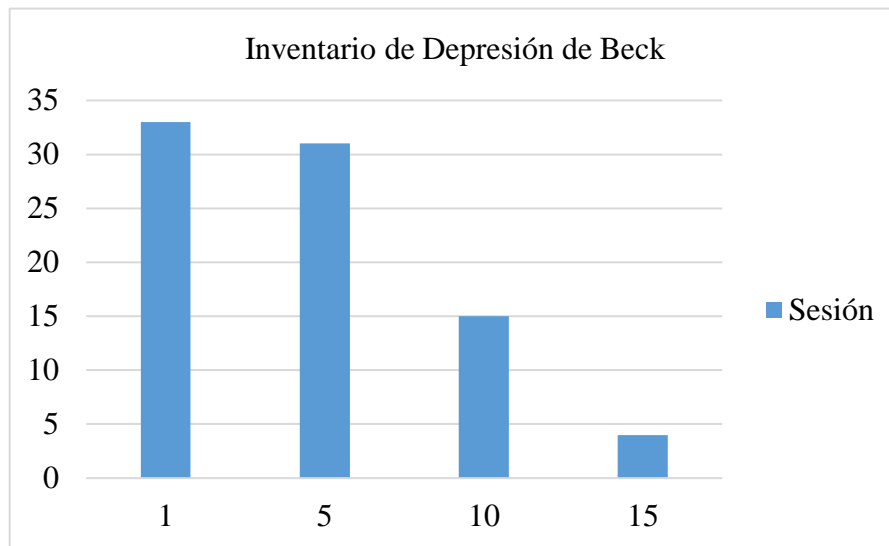
En tanto al método, los resultados cuantitativos, desde el modelo Cognitivo-Conductual de José en la Escala Global de Afectación (Moreno, 2012) muestran como el perjuicio del problema en las áreas de vida social, trabajo/escuela, ratos libres, salud física y vida en general disminuyeron a lo largo de las sesiones. Pese a que en las áreas de vida social, escuela/trabajo y salud física, se registraron aumentos en las sesiones intermedias, los resultados finales sugieren una mejoría. El área de relación con la familia, sin embargo, a pesar de indicar una mejoría en las sesiones intermedias, para la sesión final, registró la misma puntuación inicial.



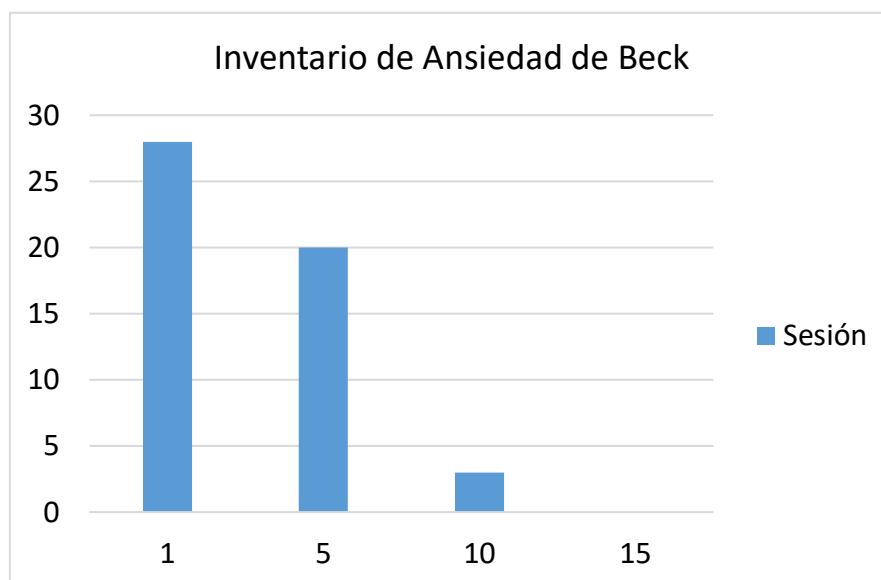
La escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) muestra a José como una persona con un bajo Enojo Rasgo. A pesar de que se registró una disminución en los puntajes de la escala, la interpretación sigue ubicándolo como una persona con una propensión a la expresión del enojo de manera estadísticamente normal.



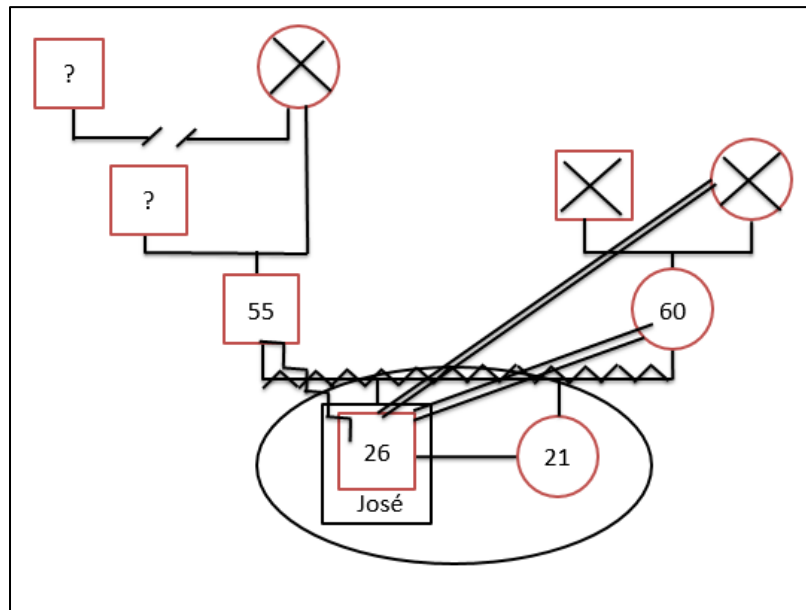
El inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998), para la sesión inicial y hasta la sesión 5 indica la presencia de síntomas de depresión grave, la cual para la sesión 10 se vuelve leve. Para la sesión final, la sintomatología depresiva no ubica a José en un cuadro clínico depresivo.



La escala de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), en la sesión inicial y la sesión 5 ubica la sintomatología de José en el rango de ansiedad moderada. Para la sesión 10 los síntomas de ansiedad son mínimos y se mantienen en este rango para el final del tratamiento.



Cualitativamente, desde el enfoque sistémico se desarrolló el siguiente genograma (McGoldrick y Gerson, 2003):



A partir de esta herramienta y de los datos obtenidos en la entrevista inicial y en las sesiones se construyeron las hipótesis mencionadas anteriormente en el apartado de la formulación del caso.

Por otro lado, se contó con la siguiente información obtenida en reportes escritos. En la sesión 5 José expresó: *“Me encuentro en un proceso, donde he mejorado algunas cosas que todos ven mal y me siento triste y presionado pero bien debo continuar para superar estos miedos. Pero me siento bien y sigo madurando”*. En la sesión 10: *“Voy subiendo y mejorando”*. Estos registros verbales, indican dos momentos de la evaluación en los que José expresa mejoría.

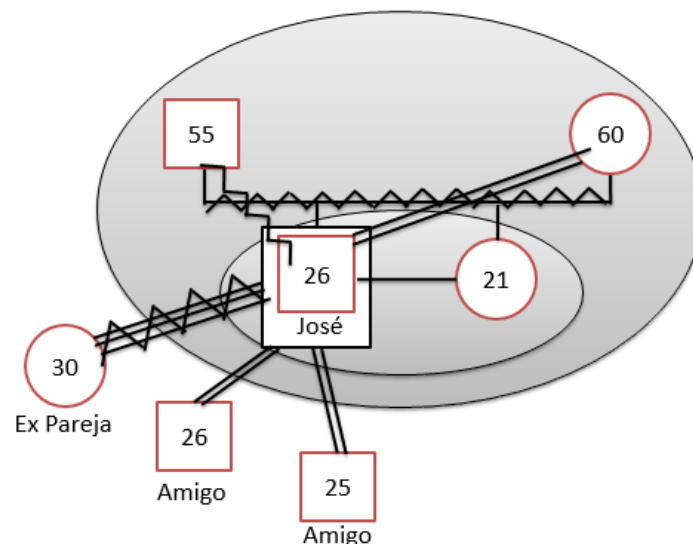
En las observaciones realizadas por la terapeuta, con respecto a los objetivos planteados desde el enfoque sistémico, la contención y acompañamiento de la emocionalidad propia del proceso de duelo, se ve reflejada en la disminución cuantitativa de los síntomas. La normalización de su experiencia permitió la aceptación de la situación y la exploración del motivo de consulta. A partir de la ampliación de la perspectiva, se pusieron a prueba las

hipótesis iniciales logrando descubrir el patrón de interacción y la manera en como los síntomas se mantienen. José puede entonces verse como un actor participante en dichas interacciones y observar la forma en que estas mantienen una retroalimentación negativa, en distintos ámbitos de su vida.

A partir de la sesión 5, con las técnicas aplicadas, se comenzó a trabajar en estrategias de alternativas y prescripciones que pedían a José realizar cambios en tanto a sus actividades cotidianas o a la interacción con otros. Hasta esta sesión, las demandas de José se hacían directamente hacia la terapeuta pidiendo consejos, las que al dirigirlo a encontrar sus propias ideas de solución fueron disminuyendo.

En la sesión 6 comenta que ha decidido asistir a consulta nutricional para cuidar su alimentación y de la misma manera decide iniciar una rutina de ejercicio. La pérdida de peso a partir de las siguientes sesiones se hace evidente y él manifiesta estar satisfecho con dicha decisión.

Al inicio de las sesiones se configuró el siguiente ecomapa (Hartman, 1979 en Peña-Cuanda y Esteban-Guitart, 2013), sin embargo, al finalizar el tratamiento este se enriqueció, permitiendo añadir elementos asociados a la consulta nutricional y el ejercicio físico.



Con respecto a la decostrucción de creencias, a pesar de que para José, desde las ideas, existe una lógica, se encontró una dificultad para integrarlas, ya que emocionalmente expresaba incomodidad e inconformidad. Sin embargo, para la sesión 8, en la que se realizó como técnica principal el reencuadre del motivo de consulta, logró ir haciendo conexiones con estas nuevas construcciones.

A partir de la sesión 9, fue más evidente la pérdida de peso de José. Los cuestionamientos iniciales relacionados a la petición de consejos, surgen nuevamente en función de posibles recaídas futuras, por lo que al ser externadas a la terapeuta se le pedía redireccionarlas hacia sí mismo, logrando una mayor capacidad de autoobservación y detección de sus necesidades. Esto, hasta la sesión 12, en la que también comienza a observarse que el tiempo de la terapia, destinado al motivo de consulta es significativamente menor. En las primeras tres sesiones, esto acaparaba de 20 a 30 minutos de la intervención, a no ser que por dirección de la terapeuta se abordara otro tema. Para esta sesión, las metáforas y la técnica de ubicación en una escala permitían concretar la situación que le había hecho pedir el servicio y al mismo tiempo posibilitaba el abordar otras necesidades que José detectó. Se trabaja desde esta sesión sobre la prevención de recaídas en las que se observa cierta preocupación en José, sin embargo genera varias alternativas de solución ante la posibilidad de futuras recaídas. Alrededor de estas sesiones, externa el deseo de conocer nuevas personas.

Factores asociados al terapeuta

De acuerdo a las habilidades propias del terapeuta y partir de las retroalimentaciones en la supervisión del caso y el proceso de autoobservación, se identificaron los factores asociados al terapeuta, como variables que facilitaron el cambio y logró de los objetivos:

- Edad de la psicoterapeuta que la ubica en el mismo corte generacional que José.

- Empatía
- Escucha activa
- Curiosidad: desde el enfoque sistémico
- Preguntas de clarificación, preguntas circulares.
- Creatividad
- Resumen

Algunas de las sugerencias respecto a oportunidades de mejoría en el proceso terapéutico son:

- Mayor dirección al retomar las prescripciones del modelo estratégico
- Mayor generación de hipótesis.
- Mayor práctica desde el modelo sistémico en tanto a la epistemología.

Discusión

El objetivo de este estudio fue presentar la aplicación de un tratamiento de psicoterapia desde un modelo integrativo en un caso de duelo por ruptura de la relación de pareja en un joven de 26 años de edad con rasgos de personalidad dependiente, que se dio a lo largo de 15 sesiones. Para la evaluación de síntomas se utilizaron herramientas del método cuantitativo dentro del el modelo Cognitivo-Conductual y como base del tratamiento instrumentos del método cualitativo dentro del modelo Sistémico. Esto se realizó como parte de la formación de los terapeutas que cursan el programa de la Maestría en Psicoterapia.

Los cambios que apuntaron a una mejoría, se respaldan en los datos obtenidos en los instrumentos de carácter cuantitativo, mostrando una disminución en el grado de afectación en las diferentes áreas de la vida con respecto al problema y de los síntomas asociados a las emociones de enojo, tristeza y ansiedad. De manera cualitativa, los cambios en las pautas de interacción se vieron reflejadas en decisiones y acciones tomadas por el propio consultante

en función de guiarle para obtener una mayor independencia y atención a sus propias necesidades, lo que es visible desde su apariencia física, por ejemplo, acudir a consultas nutricionales, bajar de peso, hacer ejercicio, generar soluciones frente a posibles recaídas, entre otras. De la misma manera al expresar el deseo por conocer a otras personas.

Durante las primeras sesiones, de la 1 a la 5, los síntomas parecen mantenerse, esto puede explicarse por los objetivos específicos de las sesiones que implicaban el abordaje del motivo de consulta de manera directa. A partir de la sesión 6, las sesiones tienen un carácter más directivo, lo que lleva a José a tomar acciones en busca de enfrentar la situación, lo que probablemente influye en los resultados de la sesión 10, en los que se registra una mayor disminución de los síntomas, sugiriendo mejoría, esto puede explicarse por la focalización en la búsqueda de alternativas y acciones para afrontar la situación, más que el motivo de consulta. A partir de la sesión 12, para finalizar el proceso, se trabaja la prevención de recaídas y a su vez, se fortalecen las acciones que le llevaron a José a la finalización del tratamiento habiendo logrado los objetivos planteados.

La discusión referente a este caso tiene su importancia en tanto a la aplicación de instrumentos de modelos distintos, que pertenecen a epistemologías teóricamente opuestas. Por un lado el estudio de signos que corresponde a una base epistemológica lineal y que se haya más en función del modelo médico, o de la perspectiva Cognitiva-Conductual, y por otro lado a una base no lineal, dentro de la que se ubica la psicoterapia Sistémica.

Sin embargo, a pesar de que lo anterior puede verse como una contradicción, refleja una perspectiva amplia de la psicoterapia. Siendo un ejemplo de cómo diferentes modelos de atención coexisten para brindar apoyo y atención en una misma persona, y que al final, las técnicas y estrategias empleadas impactan en resultados que pueden hacerse más evidentes en escalas genéricas y aplicables a todos los casos.

Tomar en cuenta apartados como el de factores asociados al terapeuta, cumplen también con el ejercicio de autoobservación y análisis crítico del psicoterapeuta, permitiendo hacer conciencia de la importancia de otros elementos presentes en los procesos de psicoterapia y que van más allá de las técnicas y las teorías, puesto que plantean preguntas con respecto al estilo del terapeuta, en función de sus fortalezas y áreas de oportunidad. Por otro lado es importante considerar que siempre puede haber factores ajenos al proceso de la psicoterapia que también pudieron contribuir con los cambios. Por ejemplo, la personalidad preexistente de José, la cual se ha determinado con rasgos dependientes, mientras ocurría el proceso psicoterapéutico, los cambios surgieron a partir de la dirección de la terapeuta, obedeciendo al patrón que comúnmente busca en la interacción en la que se busca agradar y complacer al otro. Con respecto a este punto, y por los alcances de la psicoterapia, las sugerencias más allá de las 15 sesiones realizadas están en función de seguir el trabajo psicoterapéutico de José.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (1984). Personality Disorder as a Pathogenic Factor in Bereavement. *J Nerv Ment Dis.* 45-7
- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (5), 307-318. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen11/num2/300/assessing-the-factor-structure-of-the-anger-EN.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana (1993) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM VI TR*. Panamericana (Ed.)
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM 5*. Panamericana (Ed.)
- Andolfi, M., y De Nichilo, M. (Comp.) (2003) *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós (Ed.) Barcelona España.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de la Cultura Económica. México, DF.

- Blanco, C., y Moreno, P. (2006) Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon. *Psiquiatría.com*. 10(4). Disponible en <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/.../258/243>
- Caballo, V. (Coord.) (2004). *Manual de los Trastornos de la Personalidad. Descripción, evaluación y Tratamiento*. Síntesis (Ed.). Madrid, España.
- Caballo, E., Guillén, J., y Salazar, I. (2009). *Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo*. *PSICO*. 40(3), 329-327. Recuperado en https://www.academia.edu/25523157/Estilos_rasgos_y_trastornos_de_la_personalidad_interrelaciones_y_diferencias_asociadas_alsexo
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Paidós (Ed.). Barcelona, España.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Gedisha (Ed.) Barcelona, España.
- Espina, A., y Pumar, B. (Comp.) (1996) *Capítulo 1: La Familia es un sistema de Feedback..* Fundamentos Colección Ciencia (Ed.) España.
- Feixas, G. (2013). *El cuestionamiento Familiar*. [Documento en línea] recuperado en www.ipops.pe/web/uploads/.../dcb872519f0327859aeaa3544743af59ba10a558.pdf
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, I., y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de la Personalidad en Alcohólicos: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7(3), 217-225.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: como abreviar la terapia*. Herder (Ed.). Barcelona, España.
- Gillem, V., Romero, R., y Oliete, E. (2013). *Manifestación del Duelo*. [en línea] obtenido el 7 de marzo de 2016. Disponible en www.seom.org/git-en/104326-publicaciones-seom
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu (Ed.) Buenos Aires, Argentina.
- Jackson, D. (1984) *Comunicación Familiar y Matrimonio*. Ediciones Nueve (Ed.) Buenos Aires. Argentina.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3), 26-31. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID=22446745dc6c2c8f83a5a2cb8b506737>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan Pub. Co.
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Herder (Ed.). Barcelona, España.
- Ludewig, K. (2005) *Bases teóricas de la terapia sistémica*. Herder, (Ed.). Barcelona, España.
- Marín, M. (2010). *Ganar Perdido*. Serendipity (Ed.). Bilbao, España.

- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisha (Ed.) Barcelona, España.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C; Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26() 1-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., y Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 13 (1) Distrito Federal, México
- Middleton, W., B, Burnett, P. , Martínez, N. (1997) Psychological Distress and Bereavement. *J Nerv Ment Dis.* (7), 447-453
- Minuchin, S., y Fishman, C. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar Sistémica*. Paidós (Ed.). Buenos Aires, Argentina
- Millán-González, R. y Solano-Medina, N., (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39() 375-388. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>
- Moreno, M., y Medina, A. (2006). Epidemiología y Comorbilidad de los trastornos de personalidad. [Documento en línea] recuperado en www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/274/259/
- Moreno, M. (2012). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad Iberoamericana Puebla, México. No publicada.
- Moscoso, M. S. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343.
- Moscoso, M. S., y Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expression y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.
- O'Hanlon, B. y Bertolino, B. (2002). *Desarrollar Posibilidades: Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Paidos Ibérica (Ed.) Madrid, España.
- Olmeda, M., García, A., y Basurte, I. (2002). Rasgos de Personalidad en duelo complicado. [en línea] recuperado de www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/12/84/23/128423391801789106219452242922395444554
- Oviedo, S.; Parra, F. y Marquina, M.; (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 8() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834751015>

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades; Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor (Ed.). Madrid, España.
- Peña-Cuanda, M. y Esteban-Guitart, M. (2013). El estudio de las identidades desde el enfoque cualitativo. La multi-metodología autobiográfica extendida y los talleres lúdico-reflexivos. *Revista de Metodología en Ciencias Sociales*. 175-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=297128938007>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paéz, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2), 211-218.
- Rogers, C. (1997) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós (Ed.) Barcelona., España.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2015). *Kaplan y Sadock: Sinopsis de Psiquiatría*. 11° ed. Wolters Kluwer (Ed.).
- Sánchez, R., y Martínez, R. (2014). Causas y Caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de Investigación Psicológica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Paidós (Ed.) Barcelona, España.
- Uribe, S. (2015). Comentarios al Trastorno Persistente de Duelo Complicado Del DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. 7(1).
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder (Ed.). Barcelona, España.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1999). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós Ibérica (Ed.) Buenos Aires, Argentina.