



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**INTERVENCIÓN  
TERAPÉUTICA COGNITIVA-  
CONDUCTUAL EN  
PROBLEMAS DE AMOR EN  
PAREJA**

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)  
JUDITH BARRÓN SOTO

Director Mtro. ISAAC PÉREZ ZAMO

Dictaminadores:

Lic. ALEJANDRO GAONA FIGUEROA

Lic. JORGE MONTOYA AVECIAS



Los Reyes Iztacala, Edo de México,



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>1. ANTECEDENTES DEL AMOR EN PAREJA</b>	10
1.1. Evolución del concepto del amor en diferentes contextos histórico- culturales.	11
1.2. Construcción social del amor en México	15
1.3. Bases fisiológicas del amor.	17
<b>2. FUNDAMENTOS DE TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL A PROBLEMAS DE AMOR</b>	22
2.1. Terapia a problemas de auto- aceptación.	29
2.2. Terapia a problemas de ansiedad y depresión.	32
<b>3. ESTRATEGIAS DE TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL A PROBLEMAS DE AMOR EN PAREJA</b>	36
3.1. Infidelidad.	36
3.2. Celos y posesividad.	39
3.3. Ruptura del vínculo de pareja.	43
3.4. Problemas sexuales.	47
<b>CONCLUSIONES</b>	56
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	59

## **AGRADECIMIENTOS**

Hay algunas personas a las que me gustaría reconocer su apoyo para que este proyecto pudiera llegar a su final y cumplir su propósito.

Marco gracias infinitas por todos los consejos y todas las dudas despejadas, cubriste un papel importante e indispensable para mi, además del inmenso cariño y aprecio que te tengo.

A mi familia le agradezco estar conmigo, eso me ayuda a sentir que es más fácil lograr mis metas. En especial a mis Padres por el cariño y claro está por el apoyo monetario en la última etapa.

Amigos míos, ustedes son la familia elegida, por tanto, también me ayudan a sentir que lograré mis metas propuestas.

Isaac Pérez Zamora, Alejandro Gaona Figueroa y Jorge Montoya Avecias les agradezco la asesoría brindada y su tiempo, pero sobre todo les agradezco su paciencia.

A aquellas personas que en el camino me impulsaron con oportunidades para crecer y me apoyaron creyendo ciegamente en mi, brindándome todo lo necesario para hacerlo posible, en especial Emilio gracias.

Compartir éste logro con ustedes, las personas que amo: Marcelino, Guillermina, Araceli, Miguel Angel, Juan José, Genaro, Mónica, Samuel, Ángeles, Paola, Eduardo, Miguel, Jessica, Héctor, Smirna, Sandy, por mencionar sólo a algunos, es lo que me provoca un plus de felicidad.

Aunque esta no es la mejor forma de corresponder a los actos que las personas tuvieron conmigo para hacer posible este proyecto, les reconozco y agradezco su apoyo.

Amar a alguien puede ser reflejo  
de la necesidad de sentirnos amados.

*Judith Barrón*

# INTRODUCCIÓN

El amor y la muerte han sido quizá los temas que más han intrigado a las sociedades en la historia de la humanidad, pero quizá el sentimiento que más creaciones ha inspirado muy probablemente sea el amor. Por amor o desamor se han elaborado innumerables hazañas, obras de arte como son pinturas, esculturas, literatura etc. Incluso el amor ha sido razón de culto a dioses y religiones tanto en la antigüedad al contemplar los griegos y romanos, a Afrodita y Venus respectivamente, como en la actualidad algunas religiones representan a Dios con el amor. El amor también ha sido causante de trastornos y consecuencias en la integridad emocional de los individuos como en la toma de grandes decisiones. El impacto que ha tenido el amor en la humanidad ha sido tal, que ciencias tanto sociales como naturales (historia, antropología, sociología, biología y psicología) han estado interesadas en conocer más sobre las causas, efectos y consecuencias que tiene este sentimiento en el hombre y la mujer, pero particularmente la psicología se ha encargado de generar tecnología que permita a las personas vivir de manera plena el amor.

Según González (2011) existe el consenso dentro de la comunidad científica que el amor es uno de los procesos naturales que aseguran la existencia de la especie humana por dos razones: la primera, garantiza la descendencia del hombre mediante la procreación, la segunda, la formación de una pareja y familia conforman una asociación que permite resolver problemas y necesidades en equipo.

Se han desarrollado diferentes marcos teóricos relacionados al amor desde diferentes perspectivas, en Psicología también se aborda el amor desde las diferentes orientaciones teóricas, pero pese a que aún no se ha llegado a una definición universal del amor todas ellas llegan a un consenso: existen diferentes tipos de amor y diferentes etapas en ellos. Myers (2009) distingue entre dos clases de amor: el *apasionado* y el amor de *compañerismo* al madurar el primero. En el marco cognitivo- conductual se identifican dos etapas en el amor en pareja, denominando a la primera *enamoramiento* y la segunda el *amor*. El

enamoramamiento se caracteriza por la aparición de procesos fisiológicos de carácter temporal más que por funciones psicológicas, que se dividen a su vez en dos etapas: atracción y enamoramamiento. El amor se produce una vez transcurrida la fase de enamoramamiento y es de carácter psicológico, construido por experiencias, cogniciones y constructos del amor que el individuo ha aprehendido a nivel personal. A la vez algunos autores especifican que el amor se divide en categorías según características de funcionalidad, Ellis (2002) distingue algunas denominaciones de amor, entre las que diferencia el *amor saludable*, *amor obsesivo-compulsivo* y *amor- posesivo*, esta clasificación se caracteriza por diferentes maneras de vivir la relación en la que una serie de interpretaciones del individuo opera en el aparato psíquico hacia alguna de estas orientaciones.

Hoy día se sabe que en la etapa del enamoramamiento intervienen una serie de factores químicos con fines específicos que promueven una conducta explosiva. Desde 1990 biólogos, químicos y neuroquímicos han estado estudiando estas reacciones fisiológicas y han clasificado cuatro etapas de neuroquímica en el amor (Rosales, 2008; Gozález, 2011). El efecto de esas sustancias producidas en el sistema límbico genera un estado de excitación llamado “ceguera de amor” que tiende a desaparecer al paso de un tiempo, del cual no hay consenso entre autores pero que oscila entre los 6 y 12 meses, terminando así la etapa del enamoramamiento dando paso a la etapa del amor psicológico más que fisiológico.

Según la hipótesis de Sapir-Whorf la manera en cómo experimentamos, vivimos, reaccionamos y construimos la realidad está mediada por el lenguaje (De Bustos, 2004). La construcción de un concepto de amor y su interiorización determinarán las conductas con las que el individuo viva su relación amorosa. La praxis y el concepto de amor varía según diferentes contextos históricos y culturales. El diccionario de la Real Academia de la Lengua contiene más de 30 acepciones para la palabra amor dado que no es posible definir el amor en un solo término (Martínez, 2009). Así que si bien el amor se percibe como una de las experiencias más placenteras que puede vivir el ser humano algunas cogniciones en su constructo de amor pueden resultar desadaptativas o perjudiciales por su

irracionalidad, por lo tanto la teoría Cognitiva- Conductual se muestra radical respecto de otras teorías humanistas que sobreponen al amor como una necesidad esencial al asegurar que es incluso un error esta suposición, considerando que el amor en nuestra sociedad está sobrevalorado. (Ellis, 2002).

Los autores cognitivos conductuales expertos en temas de amor aseguran que el amor es una experiencia generadora de placer configurada a partir de las construcciones psicológicas individuales y sociales, pero que también implica problemáticas que son normales en toda relación social, pero que a veces la construcción cognitiva no está preparada para resolver, por lo que se empeoran, se vuelven cotidianos o devastan a las parejas, experimentando diversos trastornos como la depresión y la ansiedad, además de autogenerar pensamientos autodestructivos, a la postre estos mismos pensamientos son generadores de problemáticas de amor, convirtiéndose en un círculo vicioso (Riso, 2009).

Amar aparentemente es sencillo, pero aprender a amar implica aceptar un esfuerzo por educar las emociones, mantener un pensamiento flexible y tolerar las frustraciones. Desafortunadamente se ha dado cuenta de que algunas ideologías culturales son nocivas para el amor saludable, pues buena parte de la población mexicana atestigua suicidios, homicidios, violencia y demás problemas de parejas sostenidos por amores insanos en núcleos que supondrían confort emocional. Amar puede ser semejante a disfrutar de navegar placenteramente en un barco, que si no se está atento, puede convertirse en un naufragio que se pierde en una tempestad. De hecho, los problemas relacionados al amor en pareja ocupan la principal causa de los motivos de consulta psicológica, algunos no lo encuentran y otros no saben cómo dejarlo, ya sean estos el primer argumento referido por el paciente o como antecedentes a otros padecimientos como trastornos de ansiedad, estrés y/o depresión, encontrando con frecuencia una ruptura del vínculo en pareja que devasta al individuo o que con el tiempo no es superada. Infidelidades, apegos irracionales en parejas disfuncionales, por mencionar algunos, todos ellos ocasionando inestabilidad emocional y síntomas somáticos a los pacientes y con un trasfondo siempre psicológico. (Riso, 2008; Vargas, 2008)

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) difunde dos datos de interés: el primero, que en la última década en México ha incrementado considerablemente la tasa de divorcios, de 72 396 en 2006 a 81 851 divorcios en 2008; y segundo, que la tasa de enlaces matrimoniales ha disminuido ligeramente. Por último, México se ha caracterizado como una sociedad en la que la violencia ha estado presente en el último siglo, ocupando el Estado de México el primer lugar nacional en reportes de violencia doméstica. (INEGI, 2011).

Dado que la Psicología es la ciencia que estudia la conducta y los procesos psíquicos, los psicólogos se han dado a la tarea de estudiar y desarrollar diversos métodos para el abordaje de estos problemas. La terapia Cognitivo- Conductual (TCC) ha generado una metodología centrada en las cogniciones, altamente eficaz por conseguir buenos resultados en breve tiempo en pacientes con problemas de amor (entre otros), así también la Terapia Racional Emotiva (TRE) desarrollada por Albert Ellis como una sub disciplina de TCC, ha demostrado que el método de debatir los razonamientos irracionales y demostrar otros más funcionales respecto las interpretaciones de amor de las personas perturbadas, ayuda a mejorar las emociones y conductas ante situaciones adversas y no deseadas. La Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Racional Emotiva se mantienen hasta hoy día como las opciones preferidas por un buen número de terapeutas en el mundo para el tratamiento de problemas de amor. La psicología experimental sigue generando conocimiento para atender estos problemas, se describen en publicaciones periódicas artículos sobre tratamientos preventivos como el de Sánchez y Díaz (2003) quienes aseguran que los patrones de comportamiento y estilos de comunicación están directamente relacionados con la calidad de la pareja y el impacto de sus problemáticas, por lo que diseñaron un inventario para evaluar y mejorar la comunicación. Por su parte. Matud (2004) publicó resultados positivos en pacientes provenientes de parejas conflictivas y con violencia, reduciendo o erradicando síntomas de depresión, ansiedad y somatológicos mediante un tratamiento cognitivo basado en 3 ejes: 1) aumentar la seguridad, 2) controlar la vida personal y 3) remediar el impacto psicológico cuando hay violencia y además hace énfasis en la necesidad de atender

psicológicamente a personas provenientes de relaciones familiares con antecedentes de violencia.

Es recomendable para todo terapeuta que pretenda trabajar en la consulta a pacientes con problemas de amor, instruirse en Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Racional Emotiva, conocer los conceptos de amor saludables vigentes en la sociedad en que ejerce para interiorizarlos en sus pacientes, comprender los mecanismos fisiológicos que ocurren en los enamorados y explicar ciertas conductas en ellos, así como pautas de prevención y abordaje terapéutico de los principales problemas de relaciones de pareja (Beck, 1993).

El objetivo de la presente tesina es hacer una revisión teórica de los problemas de amor más frecuentes en una pareja y presentar una recapitulación de utilidad de la posible intervención terapéutica cognitivo- conductual.

## ANTECEDENTES DEL AMOR EN PAREJA

Cuando evolutivamente aparecieron los primeros organismos sexuados, también se originó un problema: ¿cómo los machos se iban a encontrar con las hembras para relacionarse sexualmente y perpetuar la especie? En las especies animales, la evolución apuntó hacia un mecanismo de apareamiento y reproducción que mediante una serie de señales químicas y sus respectivas estructuras receptoras logran acciones en pro de la propagación de la especie. Pese a que no se puede asegurar que los mismos mecanismos operan del mismo modo en otros animales que en seres humanos, es innegable que compartimos líneas evolutivas en común, principalmente con los primates. Para algunos científicos en bioquímica, este mecanismo recibe el nombre de amor (Rosales, 2008).

Desde el surgimiento del hombre en la tierra, el tema del amor junto con el de la muerte fue considerado como uno de los misterios más grandes de la vida (Rueda, 2009). Pero esta noción ha tenido variantes, hoy día sabemos que para comprender este fenómeno, necesitamos valernos de diversas disciplinas. El primer estudio del amor fue realizado por los antropólogos intentando dilucidarlo como un evento en colectivo, después a inicios del siglo XX los sociólogos estudiaron el amor como una realidad y función social denominando a esta teoría “sociología del amor”, la psicología abordó el estudio del amor en tanto se comprendió como una conducta y proceso mental, pero en la última década, los aportes en el campo de las neurociencias han arrojado mucho conocimiento sobre el papel de neurotransmisores y hormonas en el amor. Cada perspectiva tiene puntos de vista comunes en algunos aspectos y diferentes en otros, pero en el terreno de la psicología se ha puesto de manifiesto la necesidad de ahondar en la intersubjetividad del enamorado.

Entonces surge una premisa: si para comprender las maneras en que las personas viven sus relaciones amorosas es necesario conocer el modo en que las significan, entonces es indispensable comprender el contexto socio- cultural en

que los enamorados se encuentran, pero además, comprender *producto de qué* son toda esa serie de ideas construidas o “compradas”; es decir, hacer una revisión de la evolución del concepto. . En concordancia con el supuesto que la construcción de la realidad nace de la definición del concepto que se tiene de esta, tal como lo formula la hipótesis de Sapir Whorf (De Bustos, 2004).

Adriana Rueda (2009) realizó un estudio en el que da cuenta de la evolución de la manera de percibir el amor en base a obras literarias de diferentes épocas de la literatura clásica, en el que concluye que el concepto actual de amor en occidente, está ligado al sentido de imposibilidad, y que este, tiene sus raíces en la tradición mística religiosa del Medioevo por medio de una ancestral memoria colectiva transmitida a través del lenguaje verbal y artístico

El abordaje a las problemáticas de amor han sido variable a través de la historia, dependiendo principalmente de la concepción del amor que se haya tenido, que ha sido variable de acuerdo al contexto y momento histórico en el que se sitúe. Un ejemplo del relativismo cultural se demuestra en los esquimales, en la que si una persona va de visita a la casa de un esquimal, este le ofrece a su esposa para que pernocte con ella en acto sexual, siendo la ofensa si el invitado rechaza a la mujer de su anfitrión (Riso, 2007).

### **1.1 Evolución del concepto del amor en diferentes contextos histórico- culturales.**

Para comprender la manera en cómo las personas elaboraban su constructo social de amor en diferentes contextos históricos y culturales, es completamente necesario comprender la subjetividad prevaleciente en la sociedad que se quiera estudiar. Carl Jung (2004) refirió el concepto de “memoria colectiva” como el conjunto de emociones y deseos que un individuo hace, pero no sólo a nivel personal , sino también en el sentido de toda una sociedad en su contexto, y las artes son herencia de esa conciencia colectiva de una sociedad. Es por eso que la revisión e interpretación de las artes, principalmente en las literarias pues su

intención es la recuperación oral, podemos encontrar un testigo en la evolución del concepto y el significado del amor, en este capítulo se analiza la evolución del concepto de amor en tres épocas: la clásica griega, la medieval. y la moderna, por considerarlas influyentes en la construcción de la cultura occidental actual.

Ya desde los tiempos de la Grecia antigua (s. VIII a. c.) se vivían crisis económicas y políticas, pero la religión y las artes al mismo tiempo coadyuvaban a la cohesión social confiriéndole importancia al cultivo espiritual del alma principalmente a través de mitos y simbolismos que regulaban las conductas como la violencia, amor y sexualidad. De esta manera los griegos idealizaron la “perfección” del hombre desde un punto de vista estético y la perfección social desde un punto de vista de “orden universal”, estas ideas instauraron en ellos la noción del amor como parte de la espiritualidad (Rueda, 2009).

En la mitología griega, Eros es el dios del amor, hijo de Afrodita diosa de la belleza y de Zeus el dios supremo, es considerado en *La Teogonía* de Hesiodo “cómo el más bello de los inmortales que triunfa por su inteligencia y prudentes decisiones y está en la creación de todas las cosas”, además funge como mediador entre lo divino y lo terrestre y por el que se aseguran las generaciones de todos los demás seres. Por lo tanto el amor es el principio básico de toda acción, es el motor creador del universo que anima todas las cosas y simboliza la búsqueda de la excelencia individual. (Adrados, 2003). El amor no tenía, como fin el placer ni se limitaba o condicionaba al sexo, pues el cuerpo constituía la manifestación de lo sensiblemente humano inspirado por la belleza.

En la Grecia convertida al cristianismo el concepto de amor va transformándose en una ideación más latino- cristiana. Apuleyo en *El asno de oro* narra el amor entre Eros y Psique (*Ψύχη*) el cuál no se detalla en este trabajo pues la finalidad es únicamente su análisis respecto al concepto de amor. Eros se enamoró de Psique quien era una mujer terrenal pero tan bella que causó los celos de la madre y hermanas de eros, quién primero la hizo su amante y después su esposa. Para la Grecia crecientemente cristiana este relato fue tomado con polémica, pues esta idea del amor insinuaba la debilidad de un Dios al

sucumbir al deseo carnal pues es capaz de enamorarse y sostener relaciones con una mujer, pero no sólo eso, sucumbió al deseo terrenal pues además concebía el enamoramiento entre un Dios inmortal con una mortal que además, le había traicionado (accidentalmente) pero perdonó para después casarse con ella, por lo que Eros (símbolo del amor) fue considerado después un demonio y Apuleyo fue enjuiciado y después absuelto. En tanto Psique que significa en el griego el *suspiro de vida* encuentra únicamente confort a su pecado al dejar su cuerpo y elevar su alma hacia el cielo, por eso es representada a la psique con el símbolo  $\Psi$ . que es un ser con alas que abandona el cadáver de quien ha muerto. (Apuleyo, s. IId.c.; Guillaume, 2002; Bersanelli, 2003; Myers, 2011).

En la literatura antigua también se encuentran obras que relatan diferentes modos de amar en diferentes contextos sociales e históricos, sin embargo en varias de estas culturas se describen idilios que terminan en manera trágica aparentemente por problemas en inteligencia emocional, relatos que pueden considerarse como paradojas de similares motivos de sufrimiento amoroso; por ejemplo el romance entre Sansón y Dalila, Elena de Troya y Paris, Cleopatra que aprovechaba el poder de su belleza para entablar relaciones que fueran convenientes a su imperio, Romeo y Julieta protagonizaron la idea del amor súper-romántico. Uno de los casos más recientes y famosos de enlaces por conveniencia con desenlace fatal es el protagonizado por la princesa de Gales Lady Di con el egipcio Dodi Al-Fayed.

En la sociedad occidental europea hasta antes del Siglo XVI se consideraba al amor como algo particularizado y se tenía la costumbre de referirse como “los amores de fulanita”, el amor estaba limitado a temas de religión y moral, y según algunos autores la noción de sentimiento parece desconocida en este siglo. A partir del S. XVI el concepto de amor parece ir mutando de una idea particularizada a cada individuo a una concepción de sentimiento universal. En el S. XVIII comienza a ponerse en moda el concepto de “amor conyugal”, sin embargo el amor no era la principal razón por la cual celebrar un enlace conyugal el principal objetivo del matrimonio era fecundar y procrear para garantizar así una

descendencia y los consabidos beneficios que venían con esta. Otro objetivo más relevante que el amor era la función de “aliar” o matrimonio “por conveniencia” que exigía el cumplimiento de deberes conyugales en aspectos económicos y sociales. Se tenía la creencia que los matrimonios que se fundaban en este estilo eran más duraderos que los que eran únicamente por inclinación afectiva (amor), el cual se acababa con el tiempo e incluso era catalogado como poco sensato y casto, cabe mencionar que algunos autores relatan que estas relaciones eran sancionadas por considerárseles “demasiado ardientes y peligrosas”; por supuesto ningún tribunal aceptaba una separación por falta de amor. Algunos señores feudales instalaban prostíbulos en sus comarcas para que sus descendientes y amigos nobles se mantuvieran “desahogados” y no cometieran disparates por deseo o atracción sexual- pasional (Riso, 2009).

A partir del S. XIX estado e iglesia comienzan a aceptar y legalizar la idea de que el amor podía ser la base del matrimonio, después de movimientos sociales, en 1964 el Segundo Concilio Vaticano funda y reafirma el matrimonio tanto sobre las bases del amor como de la procreación.

La década de 1960´s se caracteriza por inclinaciones filosóficas con tendencia al humanismo, desde movimientos sociales, políticos laborales; la psicología desarrolla teorías basadas en la importancia de la emocionalidad en la experiencia de vida que desplazaron concepciones puramente conductuales, algunos psicólogos llegados de Alemania tras la segunda guerra mundial importan a América la filosofía de la conducta en sociedad y grupo, por lo que el estudio de la importancia de las relaciones interpersonales comienza a cobrar fuerza en el tenor de resolver sus problemáticas, aprovechar sus oportunidades y fortalecerlas (González, 2013).

Actualmente el amor ha sido entintado de rosa por muchos artistas, los medios de comunicación como la televisión que transmite telenovelas, películas, diversos medios de reproducción musical y de propagación de escritura que el romanticismo ha heredado una supervaloración del amor, al grado de convertirle en una especie de religión donde Dios es amor, por lo tanto amor es Dios. Es

común que estos medios propaguen la idea de que el amor no es un evento importante en la vida de las personas, sino indispensable, y su pérdida una tragedia (Riso, 2007). Esto ha terminado por hacer definiciones del amor immaculada, poco realista y paradójicamente disfuncionales. Pese a esto, hoy día resulta imposible definir el amor en una sola acepción, el diccionario de la real academia de la lengua española tiene 44 acepciones en su definición, es como una torre de babel pues los expertos de este tema de disciplinas diferentes, incluso los mismos psicólogos no tienen un consenso. Pero si bien no podemos definir amor si podemos diferenciar entre un amor saludable y uno patológico en virtud de la funcionalidad, así como pautas cognitivas y comportamentales que definen cuando el amor ha dejado de ser amor y se ha convertido en otro tipo de dependencia. Que la definición de amor no es exclusiva desde una sola postura y que la definición de amor, cualquiera que se adopte debe implicar la felicidad y funcionalidad de la pareja, de lo contrario puede catalogarse como otro tipo de sentimiento confuso con el amor.

## **1.2 Construcción social del amor en México.**

Según lo planteado en la teoría Cognitiva de la conducta y los procesos mentales el comportamiento que un individuo mantiene sobre su rol en el amor está directamente relacionado al constructo y significado que este le ha dado al hecho de enamorarse, y a su vez, dicho constructo está influido por las pautas culturales presentes en su sociedad. Cada sociedad por tanto, mediante sus hábitos, costumbres, conocimientos, políticas, religión etc. se ha inventado su propia manera de practicar relaciones de pareja (Rueda, 2009).

En un estudio realizado por Bonilla (2006) descubrió que el concepto de amor conyugal de los mexicanos está fuertemente ligado a los valores y principios del respeto, responsabilidad y honestidad, los hombres lo asocian mayormente al poder y las mujeres a la fortaleza. El constructo del poder que las parejas mexicanas sostienen suele conllevar connotaciones disfuncionales según esta autora pues según a decir de la Real Academia el poder puede ser interpretado

como dominio, imperio, facultad para ejecutar una cosa, causar o prevenir un cambio. La relación de poder es intrínseca en cualquier relación del ser humano a través del status, la autoridad y el prestigio, Riso (2009) afirma que en las relaciones de pareja el poder lo tiene quien necesita menos del otro, y es el que hace predominar sus decisiones. Por tanto puede ser interpretado como la energía necesaria para crear, sostener o impedir cualquier conducta en la relación. Sin embargo Bonilla (2006) señala que en México el poder en pareja parece ser más bien una dimensión híbrida de amor y poder explicándolo como un proceso histórico en donde el poder está en manos del hombre y el amor en manos de la mujer, de ahí que el varón obtenga el amor de la mujer a través de una mezcla poder- amor y la mujer adquiere poder a través de su conducta amorosa.

En contraparte Sánchez y Díaz (2009) mencionan que el poder y el amor generalmente se han relacionado como opuestos, es decir a más poder menos amor y a más amor menos poder, por lo que mientras más desarrollada este la capacidad de amar de un ser humano menos será su interés por poder. Es así como el manejo desequilibrado del poder puede conducir a la violencia mientras que el amor acerca a la igualdad, señalando que cuando una persona ama a otra se deja influir tratando de hacer y satisfacer los deseos de aquel a quien ama. Sin embargo esta ideación en sí misma supone anulación y apego dañino pues en el afán de satisfacer al otro, la persona pone en segundo término sus deseos y necesidades personales cuando antepone las de su pareja pese a que esto tenga un alto costo, esta conducta suele presentarse con mayor frecuencia en las mujeres pues el rol social (al menos en la sociedad tradicional) implica entonces ceder el poder al hombre y demostrar el amor en la sumisión de este poder; esta idea bien puede ser estudiada desde la transmisión de conocimiento social como la religión, pues en México la religión predominante es el catolicismo- cristianismo en la que el mensaje de amor está muy ligado al sacrificio personal.

Nuestro país está caracterizado por la violencia no sólo en pareja sino también a nivel social, desde hace más de un siglo, levantamientos armados y violencia han sido comunes en la historia y el estilo de vida de los mexicanos.

Paradójicamente pese a que la pareja y la familia son núcleos que suponen seguridad y confort a las personas, no siempre es así pues la violencia tanto física como psicológica ha sido recurrente también en las parejas, y los esfuerzos para sancionar y prevenirla han tenido que incrementarse en vez de reducirse como se supondría de ciudadanos civilizados.

Infortunadamente son varias las causas que generan y mantienen la violencia en una pareja, la persona afectada permite que esta dinámica nazca y paulatinamente crezca en el transcurso de la relación. El papel que juegan los conceptos de amor, de pareja y de auto concepto enquistados en los amantes suelen ser completamente disfuncionales y construir un auto discurso que tolera o hasta justifica la violencia desde las perspectivas de ambas partes, tanto agresor como víctima, manteniendo una relación disfuncional (Morales, 2011). Si a esta cultura desadaptativa del amor, que desliga felicidad de pareja, se suma un sistema de impartición de justicia incapaz de castigar el delito de violencia de pareja, un sistema de integración familiar preocupado más por canalizar la atención de la víctimas de violencia que por prevenirla y un panorama educativo y laboral con pocas posibilidades de independencia y crecimiento cultural, el problema se agrava y/o se vuelve difícil de resolver.

En México la tasa de divorcios ha aumentado y la de matrimonios ha disminuido respecto de décadas anteriores. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) difunde dos datos de interés: el primero, que en la última década en México ha incrementado considerablemente la tasa de divorcios, de 72 396 en 2006 a 81 851 divorcios en 2008; y segundo, que la tasa de enlaces matrimoniales ha disminuido en un 8% respecto la década 1990- 2000 (INEGI, 2011).

### **1.3 Bases fisiológicas del amor.**

El enamoramiento se caracteriza por la aparición de procesos fisiológicos de carácter temporal más que por funciones psicológicas, que se dividen a su vez en

dos etapas: atracción y enamoramiento. El amor se produce una vez transcurrida la fase de enamoramiento y es de carácter psicológico, construido por experiencias, cogniciones y constructos del amor que el individuo ha aprehendido a nivel personal. Hoy día se sabe que en la etapa del enamoramiento intervienen una serie de factores químicos con fines específicos que promueven una conducta explosiva, desde 1990 biólogos, químicos y neuroquímicos han estado estudiando estas reacciones fisiológicas y han clasificado cuatro etapas de neuroquímica en el amor, la inicial se denomina "*primer impresión*" pues son todos los estímulos que recibimos a través de los sentidos, la segunda es "*la atracción*" que se considera es la primera fase neuroquímica pues todas las reacciones cerebrales se suspenden creando un estado de semi- inconsciencia por las sustancias liberadas a nivel cerebral, después la segunda fase neuroquímica y tercera en el proceso se denomina "*afecto*" pues para controlar el caos químico en el cerebro se segregan endorfinas y encefalinas, ambas son comparadas con los opiáceos por sus efectos y se esparcen para tranquilizar los órganos alterados; producen tranquilidad, calma, gozo y alegría, la risa en el rostro es inconfundible. La cuarta etapa es "*la pasión*" que culminara en relaciones sexuales; Las glándulas suprarrenales aumentaran su producción de testosterona tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres, la cantidad de testosterona aumentará mucho ocasionando la llamada "valentía territorial" que servirá contra posibles contrincantes y una veloz iniciativa para presionar a la pareja. Para las mujeres esa pequeña diferencia en el aumento de testosterona provoca una especie de ceguera en el juicio y toma de decisiones, motivo por el cual no se oyen consejos y lo único en mente es estar con la pareja, aumentar el contacto físico y tener relaciones sexuales, con esto se cierra el ciclo amoroso (Rosales, 2008; González, 2011). El efecto de esas sustancias producidas en el sistema límbico genera un estado de excitación llamado "ceguera de amor" que tiende a desaparecer al paso de un tiempo, del cual no hay consenso entre autores pero que oscila entre los 6 y 12 meses, terminando así la etapa del enamoramiento dando paso a la etapa del amor psicológico más que fisiológico.

Los aportes fisiológicos han arrojado información suficientemente importante para comprender el papel del organismo en el amor, sin embargo, mucho más complejo resulta la individualidad cognitiva con la que las personas se enamoran. Tratar de comprender el proceso cognitivo del amor obliga a estudiar al individuo enamorado desde una conceptualización global abordando las perspectivas: biológica, psicológica y cultural; por lo que conocer los procesos bioquímicos hormonales que tienen lugar en el organismo mientras cursa esta emoción ayudará al terapeuta y a su paciente a comprender aquellos sentimientos y pensamientos que, al no encontrar una causa aparente, son atribuidos de manera ilegítima y errada a las respuestas del imaginario del enamorado e irresponsable (dado que el enamorado asume que él no controla su destino) y que son probablemente reforzados por el poco o nulo control que ejerce sobre estas y que suelen ser la causa de decisiones precipitadas ante la confusión emocional generada por hormonas.

González (2008) puntualiza que el enamoramiento no es química pura, sino “un conjunto de respuestas psíquicas, emocionales y conductuales que se dan ante la expectativa de vínculo entre dos personas”, sin embargo, concluye que lo que se llama amor “parece ser un medio para la supervivencia de los individuos y de la especie”. Según esta autora, la razón por la cual el amor es sobrevalorado de entre otras necesidades humanas es que amor es sinónimo de supervivencia, dado que es un medio que asegura la reproducción, así como la asociación en pareja y familia, y como la supervivencia es el fin biológico más importante, el hombre lo convierte en prioridad.

Las primeras manifestaciones fisiológicas que tienen lugar en el individuo enamorado son sudoración, palpitaciones exaltadas, temblor en extremidades, ruborización, cosquilleo en el estómago, pérdida de concentración, distorsiones del habla (tartamudear p. ej.) y risa exacerbada. Algunos autores hacen referencia a una especie de “ceguera amorosa” producto de una supresión de la actividad en áreas del cerebro que controlan el pensamiento crítico, ocurriendo una pérdida del YO con la que desaparecen ciertos mecanismos de defensa, lo que provoca que

se idealice al ser amado. Como se detallará más adelante, el idealizar al ser amado puede concluir en una frustración cuando se reconoce que la idealización poco o nada tenía que ver con la realidad. (Fisher, 2004; Riso, 2009)

Aunque en las manifestaciones poéticas se localiza el origen de los sentimientos amorosos en el corazón, en realidad tiene su origen en las hormonas del sistema límbico, especialmente en la amígdala, el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y el cíngulo, así como en las zonas prefrontales y orbitofrontales. Al interconectarse todas estas con la memoria el pensamiento abstracto, el olfato, la visión, el sistema motor y el endócrino dan lugar a respuestas fisiológicas intensa, entre estas las mencionadas anteriormente. A esta reacción en cadena se le conoce como “resonancia”.

En las primeras etapas del emparejamiento se producen una serie de neuroquímicos con fines específicos, por mencionar algunos se comienza con la testosterona y estrógenos que promueven la atracción física, las monoaminas producen síntomas como pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño o para concentrarse, sudor en las manos, sensación de “mariposas en el estómago” que experimenta una persona mientras está enamorada. La dopamina comúnmente se asocia con el sistema de placer del cerebro y la norepinefrina, induce euforia, excitando al cuerpo dándole una dosis de refuerzo de adrenalina natural, esto causa que el corazón lata más fuerte y la presión sanguínea aumente. Posteriormente se segrega oxitocina, que se la conoce como “la sustancia química del amor”. Esta hormona es mejor conocida por su papel en la inducción del parto estimulando las contracciones. Pero recientemente se ha observado que puede influenciar además en nuestra habilidad para unirnos a otros, dado que ambos géneros liberan esta hormona cuando se tocan y se abrazan, teniendo lugar un aumento máximo del nivel de oxitocina durante el orgasmo. La vasopresina, también llamada “la sustancia química de la monogamia”, ya que la supresión de vasopresina puede provocar que los machos abandonen su nido de amor y busquen nuevas compañeras. Por último las endorfinas son compuestos bioquímicos que potencian nuestro sistema

inmunitario, bloquean la lesión de los vasos sanguíneos, tienen propiedades anti-estrés y anti-envejecimiento, alivian el dolor y también ayudan a mejorar la memoria (González, 2011).

El efecto de esas sustancias producidas en el sistema límbico genera un estado de excitación llamado “ceguera de amor” que tiende a desaparecer al paso de un tiempo, del cual no hay consenso entre autores pero que oscila entre los 6 y 12 meses, terminando así la etapa del enamoramiento dando paso a la etapa del amor caracterizada por un apego de tipo psicológico más que fisiológico. Así el amor se percibe como una de las experiencias más placenteras que puede vivir el ser humano; sin embargo la teoría Cognitiva- Conductual enfatiza que si bien es de las mejores experiencias del humano, no es la única ni la base de la felicidad de una persona a diferencia de otros enfoques terapéuticos como los humanistas. La Bioquímica Gilda Rosales (2008) hace una definición del amor desde el punto de vista puramente fisiológico definiendo al amor como un mecanismo de perpetuación de la especie humana.

## **FUNDAMENTOS DE TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL A PROBLEMAS DE AMOR**

La comprensión del amor y los problemas emocionales que suelen perturbar a los enamorados han sido abordados desde diversas orientaciones teóricas en la psicología; teorías psicoanalíticas, humanistas y cognitivas han desarrollado terapéuticas que en algunos puntos se encuentran pero en otros se contraponen entre sí.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) se erigió en la década de 1970 integrando diferentes enfoques psicológicos. Maichenbaum (1988) señala que existen dos líneas de teorización que contribuyeron al nacimiento del enfoque cognitivo conductual. La primera debido a las terapias cognitivas- semánticas al frente de Albert Ellis, Aaron Beck y George Kelly quienes desarrollaron técnicas de evaluación e intervención para la psicología; la segunda línea está basada en las técnicas de la terapia de la conducta, o conductismo, especialmente las de aprendizaje de Albert Bandura. Las terapias cognitivo- conductuales se caracterizan por centrarse en la modificación de tendencias erróneas o disfuncionales de pensamiento del cliente, así como las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones (Rosales, 2010).

En el caso particular de los problemas por déficits motivacionales la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis es un punto forzado de referencia para los terapeutas cognitivo- conductuales. Ellis (2002) quien además se auto denomina experto en problemas de amor en pareja partió del supuesto de que el sufrimiento emocional que padecen las personas no se debe al hecho mismo, sino a los significados o interpretaciones disfuncionales que la persona hace del hecho o evento. Meichenbaum (1988) define “Estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el cliente tiene de ver al mundo y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales” (p.333). Así las perturbaciones emocionales son resultado de pensamientos irracionales o desadaptativos; igualmente, plantea que la persona será capaz de alterar su

estado de sufrimiento emocional cuando aprenda formas más funcionales de significar los eventos, maximizar su pensamiento racional mientras minimiza el irracional (Ellis, 2002).

Para comenzar una intervención de Terapia Racional Emotiva el primer paso es que el cliente acepte algunos valores y metas que son temas a elegir por el cliente y no elecciones dadas por el terapeuta; las tres primeras metas son: 1) vivir feliz, 2) vivir la mayor cantidad de tiempo posible, y 3) vivir con la mejor calidad posible. Una vez adoptadas estas metas es necesario que el cliente se haga de algunas submetas que van dirigidas a su problema particular, estas consisten en pensar más racionalmente, sentir de forma más apropiada y actuar más eficazmente, de cara a conseguir las metas de vivir feliz y funcionalmente.

La TRE define la racionalidad como el sentimiento apropiado y la conducta funcional en términos de aquellas metas básicas. Los sentimientos convenientes se definen como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran, y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones. Dentro de las emociones negativas convenientes se incluyen dolor, pesar, incomodidad, frustración y displacer. Dentro de las emociones positivas convenientes se incluyen el amor, felicidad, placer y curiosidad, las cuáles tienden a incrementar sin limitaciones las satisfacciones y longevidad humanas. Los sentimientos inconvenientes se definen en la TRE como aquellas emociones (tales como los sentimientos de depresión, ansiedad, desesperación, insuficiencia e inutilidad) que tienden a hacer a las circunstancias y a las frustraciones aún más molestas o peores en vez de ayudar a vencerlas. Los sentimientos positivos inconvenientes (grandilocuencia, hostilidad y paranoia) se entienden como aquellos que hacen que la gente se sienta temporalmente bien y con frecuencia superior a otros, pero que más pronto que tarde conducen a resultados desafortunados (Ellis, 2002).

Uno de los supuestos básicos de la TRE es que todas las preferencias, anhelos, deseos y ansias de amor son convenientes, incluso cuando no son realizables con facilidad; pero prácticamente todas las ordenes, demandas,

insistencias, y deberes absolutistas, tanto como las imposiciones a uno mismo y a otros son inconvenientes y autodestructivas.

Partiendo de estos principios Ellis desarrolla el modelo A-B-C-D-E. En donde A son los hechos o eventos activadores, B es el sistema de creencias en el que la persona se basa para emitir un juicio de valor sobre A. Al principio son creencias racionales (Br) basadas en hechos empíricos que provocarían pensamientos y conductas apropiadas, racionales y congruentes con el sistema de creencias racional; sin embargo a este sistema las personas suelen añadir creencias irracionales (Bi) que carecen de una base empírica, lo que conlleva a consecuencias disfuncionales e irracionales (C) las cuáles no provienen del evento activador (A) en sí, sino del sistema de creencias irracional (Bi). La función de la Terapia Racional Emotiva consiste en que el terapeuta le debata y cuestione (D) enérgicamente la base de sus creencias irracionales, con el fin de que identifique la poca o nula fundamentación de sus ideas o la inconveniencia de pensar de esa forma. De esta manera se podrán generar alternativas de pensamiento más funcionales (E) apegadas a hechos empíricos, es decir, la realidad.

Trasladando los principios de Ellis al análisis de los problemas de amor en pareja el evento activador (A) sería el problema que se está presentando o está próximo a presentarse con la pareja (infidelidad, violencia, ruptura etc.). (B) sería lo que la persona se dice a si misma sobre ese problema con su amado (a) que suele cambiar mucho de persona a persona dependiendo el sistema de creencias de cada una construido a partir de experiencias previas propias o ajenas, cultura, familia etc. En lo que respecta a C son las conductas que la persona adopta ante la ruptura del vínculo (u otro problema) tales como el llanto, actos exagerados para recuperar la relación, negarse a aceptar la realidad, brotes de violencia etc. Cabe destacar que los sentimientos como la tristeza, desesperación e ira pueden ser considerados una C, pues son también consecuencia de la forma de interpretar y usualmente anteceden al actuar de la persona. Posteriormente el terapeuta persuade a la persona (D), la tesis centrar es debatir la irracionalidad y demostrar ejemplos de otras maneras más realistas y positivas de actuar, al respecto el

terapeuta se debe mostrar muy respetuoso del cliente pues este está pasando por una crisis pero sin conceder en la irracionalidad del individuo. Por último (E) sería una nueva forma más funcional de significar la pérdida amorosa que permita a la persona disfrutar su soledad, reconstruirse y prepararse a nuevas relaciones amorosas.

Los principios mencionados como vivir plenamente, con mayor calidad y el mayor tiempo posible la terapia cognitivo- conductual también los fomenta en las relaciones interpersonales desde dos frentes: la prevención enseñando a las personas pautas de convivencia saludable y la reestructuración cognitiva en quienes ya tienen el problema. Del mismo modo en el caso de las relaciones de pareja se enseña a los pacientes que existen diferentes formas de ejercer su relación o “tipos de amor” contruidos por el individuo a partir de sus vivencias y aprendizajes significativos y estas tienen sus propias ventajas y desventajas pero algunas resultan por demás desventajosas como es el caso del amor súper romántico que según Riso (2009) suele ser este tipo de amor el que mayor problemas genera en una relación.

La TCC clasifica los amores patológicos en dos categorías: “amor súper romántico” y “amor obsesivo compulsivo”. Culturalmente existe la creencia popular de que el amor súper romántico, desmedido e incondicional hacia la pareja es el amor de mayor calidad que alguien puede dar, esto ha sido reforzado por diversos medios de comunicación como telenovelas, canciones etc. (Rueda, 2009). Según Riso (2009) lo primero que el terapeuta debe hacer es “poner al amor en su sitio” es decir, explicarle al paciente que esa idea de amor súper romántico no es “inmaculado” sino más bien irracional.

Los amantes súper románticos a menudo experimentan sentimientos extremadamente placenteros y están motivados a grandes obras y esfuerzos; pero también se reconoce porque encierra varias Creencias irracionales (Ci) que interfieren en su felicidad. Se caracterizan porque encierran varios factores significativos, especialmente la idealización del ser amado, un alto grado de exclusividad, sentimientos intensos de apego, la idea de que el amor durara para

siempre, pensamientos obsesivos con el amado de unirse con él (ella), necesidad de estar con el amado pese a que signifique sacrificar cualquier cosa, la convicción de que el amor romántico es la cosa más importante del mundo y la creencia de que ambos pueden ser como uno sólo (González, 2011; Ellis, 2002; Riso, 2009). Ellis (2002) elaboró una lista de Ci que se pueden calificar como disfuncionales y que son el origen de la mayoría de los problemas en este tipo de enamorados:

1. Puedes amar apasionadamente a una, y sólo una persona a la vez.
2. El amor romántico verdadero dura toda la vida.
3. Los sentimientos profundos de amor romántico aseguran un matrimonio estable y compatible.
4. El sexo sin amor romántico no es ético ni satisfactorio. Amor y sexo siempre van juntos.
5. El amor romántico puede utilizarse fácilmente para desarrollarse y crecer en las relaciones maritales.
6. El amor romántico es muy superior al amor conyugal, al amor de amigos, al amor no sexual y a otras clases de amor y su existencia será dura si no lo experimentas intensamente.
7. Si pierdes a la persona que quieres románticamente debes sentirte profundamente afligido o deprimido durante un largo periodo de tiempo y no puedes experimentar amor de nuevo de forma legítima hasta que haya finalizado el luto.
8. Es necesario percibir amor todo el tiempo para reconocer que alguien te ama.

Cuando la persona fielmente mantiene esta clase de mitos tiende a ponerlos dentro de reglas personales de conducta y los mete dentro de *deberías* y de *tendrías que* absolutistas. Una vez adoptadas estas reglas las personas se dictan a sí mismas frases como “debo amar a solo una persona, y soy un sinvergüenza si amo a otras personas simultáneamente”, “mis sentimientos románticos deben durar siempre, y algo anda mal en mi o en el otro si se acaban en un corto tiempo”, “Me casaré sólo con una persona a la que ame románticamente, y me sentiré desolado si el otro no se adapta a mi” o “mi compañero debe amarme total y apasionadamente todo el tiempo, si no es que no me ama realmente”. Este tipo

de mitos acaban por volver a la persona ansiosa, frustrada, depresiva, hostil o con compasión de sí mismos. La TCC utiliza en lo general dos métodos para tratar a estos pacientes: El primero es mostrar a la persona que sus creencias son anti empíricas puesto que no tienen un sustento objetivo sino imaginario, se les ofrece evidencia de su invalidez. Por ejemplo que el amor varía en diferentes épocas de la relación y el amor romántico se va terminando, que uno puede amar positivamente a dos personas a la vez, que profesar un amor profundo no garantiza un matrimonio saludable sino que interfiere con él y que otras clases de amor pueden traer la misma o mayor satisfacción. El segundo método consiste en debatir los *deberías* y *tienes que* absolutistas, por ejemplo que pese a que a todos les gustaría recibir fidelidad de su pareja y sería lamentable si no fuera así, no es obligación que así sea como tampoco es terrible y catastrófico si sucede.

Otras técnicas auxiliares son el entrenamiento en habilidades sociales para relacionarse con otras personas, dejar tareas tales como asistir a citas, eventos en los que conozca nuevas posibles parejas o permitirle salir con un compañero “inadecuado”.

Por su parte el amor de tipo “obsesivo- compulsivo” es comparable a una adicción al amor que es generalmente también de tipo romántico pero no necesariamente pues una madre puede amar obsesivamente a su hija, un patrón puede amar excesivamente su trabajo o un adolescente a sus amigos sin que necesariamente implique que sostenga relaciones sexuales con ellos y existen dependencias por motivos económicos o sexuales. Un amor adicto frecuentemente se caracteriza por pensamientos obsesivos y perturbadores sobre el ser amado, necesidad demandante de reciprocidad, oscilaciones de humor dependiendo de la interpretación que da el que ama sobre la reciprocidad del amado, sentimientos severos de ansiedad y depresión cuando el amado no parece corresponder al amor de uno, la idealización del amado y la negativa de ver o aceptar sus defectos, desgaste de recursos excesivo o poner en riesgo la integridad personal con tal de conservar al amado.

El amante obsesivo compulsivo se caracteriza por mantener estas Ci (Ellis, 2002):

1. Debo tener reciprocidad de mi pareja.
2. Es horrible perder a mi pareja.
3. Si mi pareja pierde interés en mi o fallece, la vida pierde sentido.
4. Mi pareja es lo único o más valioso que tengo en el mundo, y solo esto hace mi vida valiosa.
5. Porque debo ganar el favor de mi amado y debo estar triste sin el, vale la pena hacer cualquier cosa con tal de mantenerlo o recuperarlo.

Es necesario que al identificar el terapeuta las ideas irracionales del paciente no refuerce sus creencias de manera inconsciente, es decir mediante gestos o señas de emoción que denote la preocupación por lo que el paciente relata, pues es necesario que el terapeuta proyecte seguridad a su cliente e incluso demerite su sufrimiento excesivo e innecesario con argumentos como “creí que se trataba de algo más complicado” o “he visto cosas peores”, especialmente ser observador cuando el paciente busca avalar sus sentimientos de ira o frustración con la opinión del terapeuta como “No le parece que es terrible lo que me pasa”.

La TCC emplea diversos métodos cognitivos para ayudar a la gente a vencer estas perturbaciones como enseñarles a debatir activa y persistentemente sus Ci y cambiarlas por preferencias relativas, enseña al cliente Cr en forma de afirmaciones que le pide repita constantemente, principalmente en los momentos de crisis hasta que logre interiorizarlas y lograr cambios tales como “me gustaría tener la reciprocidad de mi pareja, pero no la necesito para vivir feliz”, se enseña a la gente a utilizar métodos de distracción cognitiva como técnicas de relajación, yoga o deportes en forma, se muestra que se puede amar a otras personas y así ser menos obsesivo, ayuda a las personas a redactar una lista y revisar con firmeza diversas desventajas de su apego excesivo vs. beneficios, por último se trabaja en los síntomas secundarios tales como auto concepto disminuido o ansiedad perturbadora.

## **2.1 Terapia a problemas de auto aceptación.**

Distintos autores afirman que las relaciones de pareja saludables se cimentan a partir de individuos mentalmente saludables (Beck, 1993; Barrios, 1991; Fisher, 2004; Ellis, 2002; García, 2012; Riso, 2007; Martínez, 2009). Algunos autores humanistas como Carl Rogers (1951) otorgan suma importancia a la autoestima individual como pilar para formar relaciones de pareja saludables y hasta hoy día se ha mantenido como un concepto que muchos profesionales de la salud confirman, reforzado por una industria editorial y terapéutica que ha tomado por mercado la necesidad de algunas personas a tener amor propio. La Terapia Cognitivo Conductual toma una posición más radical al respecto pues afirma que esta creencia no sólo es falsa sino además perjudicial para el individuo (Vargas, 2008), pues Ellis (2002) afirma que Los esfuerzos terapéuticos estarían mejor encaminados a conseguir que la gente renuncie a su autoestima.

La alternativa que propone la TCC es interiorizar el concepto y significado de la “auto- aceptación” en lugar de la autoestima. El primer teórico que se centró en la auto- estima fue Alfred Adler (1927). Postuló que los humanos tienen una inferioridad innata resultante de su experiencia infantil de desamparo total y que el resto de sus vidas intentarán superar esta inadecuación, por lo que muchas conductas procuran compensar la baja autoestima. Carl Rogers acuñó el término “auto- consideración” para referirse a la auto estima enfatizado que durante los años de formación los niños internalizan las actitudes que otros significativos tienen hacia ellos, y estas internalizaciones las acarrearán el resto de sus vidas. Según esta teoría la autoestima se construye a través de cuatro factores: 1) Sobre el trato que recibimos de otros, 2) Historia de éxitos, 3) valores y aspiraciones, y 4) estilo de defender la autoestima (Ellis, 2002). Esta proposición la descarta la TCC pues considera que fundamentar la autoestima en estos pilares es un error, pues critica que 1) se deje el poder a otros de configurar nuestra auto- estima, 2) Tener logros personales en relación del punto del que se ha partido al punto que se ha alcanzado y su reconocimiento puede ser satisfactorio para algunas personas, pero las experiencias de éxito esencial son valores subjetivos que pueden no tener

sentido para otra persona. 3) Los individuos difieren en la manera en que defienden su autoestima ante las circunstancias amenazantes, muchos recurren a distorsionar la realidad como una medida defensiva. Según la TCC estos supuestos tienen por consecuencia diversas proposiciones *defectuosas* y *contraproducentes*. La primera es que la gente es igual a sus rasgos en particular a sus rasgos de carácter. Así si tienen rasgos significativamente malos, entonces se valoran como malas personas y justificadamente tienen baja auto-estima; por el contrario. Si tienen rasgos buenos se valoran como gente buena y pueden tener legítimo derecho a un alta auto-estima.

Esta proposición es un error cognitivo porque es una sobre-generalización, al indicar que un rasgo o grupo de rasgos en una persona pueden generalizarse a la persona global. Es como decir que el mundo está en guerra sólo porque algunos países están en guerra, o que el hecho que una canasta de frutas tenga un par de ellas podridas, decir que toda la canasta está podrida. Además los rasgos personales cambian día a día, por lo que no se puede hacer un juicio sobre esa persona, y si se hace, ¿con que criterios se define el valor aritmético de las conductas?

El segundo error estriba en la creencia de que la gente *“debe triunfar en la vida, debe ganar el amor de aquellos que le son significativos y debe sobrevivir comfortable y felizmente”*, que hacerlo así les da valía personal y fracasar en ese intento debe generar baja auto-estima. Simplemente no hay estándares para medir el éxito y se sabe que las personas que buscan afanosamente el éxito desarrollan ansiedad y pierden creatividad y espontaneidad (Beck, 1993).

El tercer error está en la creencia que los mismos terapeutas de estas orientaciones inculcan a sus pacientes: *“debe tener auto-estima”*. No existe evidencia que de la auto-estima sea un requisito para la felicidad, de hecho, se argumenta que las personas más felices, libres de síntomas psicológicos patológicos y satisfechas con sus vidas son las que acaban con la preocupación de si son o no valiosas (Vargas, 2008; Boyd & Greiger, 2002).

Jhon Boyd y Russell Greiger (2002) elaboraron una lista comparativa entre las personas con baja autoestima (BAE) y con alta autoestima (AAE), concluyeron que la BAE es un riesgo psicológico, pero no garantiza una personalidad inadecuada. La otra cara de la moneda es tenerse en AAE, pues muchas personas creen que es una meta deseable por la que vale la pena esforzarse, pero no es así, ya que cuando la persona está enganchada con mantener su AAE, está comprometida a evaluar su valía total constantemente basándose en características personales o en el afecto recibido por otros, por lo que la persona debe mantenerse demostrando sus características que le dan valor y el afecto de los demás, lo que resulta altamente ansioso y si fracasa en esta tarea pierde el dominio de su estima.

La propuesta que hacen las terapias Cognitivas es el concepto de *auto-aceptación* y es eje central en sus terapias. En contraste con la autoestima, la auto-aceptación parte de la premisa de que los seres humanos son demasiado multifacéticos para ser clasificados o evaluados como una entidad total, que no hay métodos o herramientas para hacer una evaluación y clasificación de la persona, únicamente presta atención a los rasgos, habilidades o realizaciones propias. La auto-aceptación sostiene las siguientes proposiciones que Ellis (2002) cataloga como objetivas y validadas acerca de la naturaleza humana, que reemplazan a la autoevaluación y al juicio del yo basado en pensamientos evaluativos:

1. A pesar de las casi infinitas manifestaciones individuales, la gente generalmente tiene dos metas principales en la vida; continuar vivos y vivir con un grado máximo de felicidad y mínimo de sufrimiento.
2. La gente tiene una continua plenitud que dura un cierto periodo de tiempo y después desemboca en un final.
3. Las personas tienen una multitud de rasgos que les hace distintos y diferentes a los demás haciéndoles únicos, dándoles una identidad.

4. La gente tiene conocimiento de su continuidad y de sus rasgos, puede por tanto, dentro de unos límites, planear su futuro, cambiar algunos rasgos, descubrir lo que le gusta y trabajar para alcanzar su satisfacción.
5. Las personas tienen conocimiento de sí mismas. Pueden elegir valorarse a sí mismas basándose en como siguen sus metas; pueden elegir valorarse a sí mismas sobre la base de que simplemente se sientan mejor y elaboran un sentido más práctico para hacerlo así o pueden aceptarse a si mismas incondicionalmente por la razón de que están vivas y comprenden que autoevaluarse es imposible y perjudicial.

Para asumir estas proposiciones la Terapia Cognitiva aconseja a las personas que cesen en sus procesos de autoevaluación, claro que la gente puede y debe evaluar sus rasgos, porque esto le facilitará llegar a sus metas, pero además puede aceptarse totalmente a sí mismo no importando los rasgos útiles o perjudiciales que descubra.

Cada persona tiene sus propias maneras de evaluarse, pero algunas de ellas son por demás inconvenientes, en relación a los problemas de amor, algunas personas, principalmente adolescentes, están sumamente preocupados por su apariencia física, comparándose con otras personas de su mismo sexo o bien con un “yo ideal”, en este caso en relación a la apariencia física que él o la joven entiende por belleza, que al ser inalcanzable le produce ansiedad.

## **2.2 Terapia a problemas de ansiedad y depresión.**

Las personas que cursan por algún problema con su pareja suelen cursar trastornos de ansiedad y depresión, que son los padecimientos más comunes en la población mexicana según expertos en psicología clínica (García, 2012). El DSM IV tr clasifica 10 subtipos de ansiedad con los nombres de Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack), Agorafobia, Trastorno de angustia sin agorafobia, Trastorno de angustia con agorafobia, Agorafobia sin

historia de trastorno de angustia, Fobia específica, Fobia social , Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (American Psychiatric Association, 2002). Para fines de esta tesina se abordará la ansiedad clasificada en los dos subtipos fundamentales según fue planteada por Albert Ellis (2002): Ansiedad perturbadora y Ansiedad del Yo. Por considerar que es suficiente para los fines de este trabajo y porque se apega a la terapia cognitiva conductual.

La *Ansiedad perturbadora* (AP) se define como la tensión emocional que tiene lugar cuando las personas sienten que su comodidad o su vida está amenazada, que deben o tienen que conseguir lo que quieren, no deben o no tienen que obtener lo que no quieren y que es horroroso o catastrófico cuando no consiguen lo que supuestamente deben.

La *Ansiedad del Yo* (AY) es la tensión emocional que se produce cuando la gente siente que su yo o valía personal está amenazada, que deben o tienen que hacer bien las cosas o ser aprobados por los demás en aspectos como su físico, que es horroroso o catastrófico cuando no hacen bien las cosas o no son aprobados por sus parejas como supuestamente debería ser.

La Ansiedad del Yo se experimenta de manera intensa, a veces dramática y es acompañada de depresión, vergüenza, culpa e incapacidad, es una de las principales causas de psicoterapia y suicidio; en cambio la Ansiedad perturbadora es menos dramática pero más común y suele acompañarse de fobias (como la fobia al amor o amorofobia) (Riso, 2009), depresión y vergüenza. La AP puede ser un síntoma primario en forma de fobia, o un síntoma secundario cuando el paciente experimenta ansiedad a su ansiedad, debido a que es menos intensa que la AY puede ser pasada por alto o confundida con la Ansiedad flotante. Sin embargo, también hay los casos en que se fusiona la AY y AP y estos suelen ser más complicados de tratar (Ellis, 2002).

El primer paso que debe hacer el terapeuta es conseguir que el cliente deje de sentirse ansioso por su ansiedad, y una vez que ha superado esto se puede enfocar en superar su problema original, esto se logra ayudándoles a redefinir sus síntomas como incómodos, pero no peligrosos, por ejemplo, es muy común que estos pacientes sientan dolor en el pecho que confunden con un fallo cardiaco, entonces el paciente ya no solamente tiene temor a su problema original, sino ahora a perder la vida. Explicarle a estos pacientes que ese es un síntoma propio de la ansiedad que no tiene ninguna relación con su corazón les quita un problema de encima (Beck, 1993).

Los errores cognitivos que desarrollan ansiedad en una persona son: la Baja Tolerancia a la Frustración (BTF), el Hedonismo y auto-derrotismo. Así el individuo sostiene estos errores (y su ansiedad) bajo tres Ci sobre sí mismo: 1) “tengo que tener éxito en las cosas importantes que hago en la vida y ganar la aprobación de las personas significativas en mi vida, y es horroroso si no lo consigo, por lo tanto soy inútil”, 2) “los demás deben tratarme con bondad, justicia y consideración y es horrible si no lo hacen, por lo tanto son despreciables”, y 3) “las condiciones bajo las que vivo deben ser fáciles o poco difíciles y se me debe dar todo lo que quiera rápidamente y sin mucho esfuerzo y es terrible cuando no es de esta forma”.

Estas Ci promueven la grandiosidad y esta subyace a la perturbación emocional puesto que sostiene que “se debe tener éxito, se debe ser aprobado y se me tiene que tratar con bondad” pero cuando el paciente se da cuenta que estas condiciones no se cumplen en la vida real se produce ansiedad, desesperación, depresión y enfado, por lo que la reestructuración cognitiva debe estar orientada primeramente a cambiar estos sentimientos por simples molestias e irritaciones.

Es común que los pacientes con Ansiedad del Yo también presenten cuadros de depresión. Según Lubin (1975) la propensión a la depresión en una población no se relaciona con variables demográficas, sino que aumenta con el fondo educativo, la economía de su país y su economía personal. Se concluye que las personas con carencias afectivas y económicas en las que se combina baja

tolerancia a la frustración o AP conducen fácilmente a la frustración, y la frustración con AP puede conducir a reacciones como la agresión.

Para tratar la ansiedad en pacientes con problemas de amor, el terapeuta debe enfocar sus primeros esfuerzos en eliminar la ansiedad perturbadora que genera ansiedad a su ansiedad, que los clientes no se sientan avergonzados de sus sentimientos malos, que cesen en la creencia de que no “deberían estarse sintiendo así, una vez superado, se detectan y abordan los problemas que generan ansiedad perturbadora y ansiedad del yo, como la baja tolerancia a las frustraciones amorosas en las que se pueden enseñar razonadamente las técnicas expuestas en el capítulo tres de esta tesina, cesar en las ideas de que sus parejas “deben“ comportarse como ellos quisieran, cesar en errores de sobre exagerar las conductas indeseables de sus parejas. Algunos métodos como la hipnosis, sugestión y catarsis han demostrado tener efectos tranquilizadores, pero temporales.

Las técnicas de desensibilización en vivo o sistemática de Wolpe, relajación profunda con distracción cognitiva, inundación e imaginación racional han demostrado eficacia en los tratamientos a pacientes con ansiedad.

# **ESTRATEGIAS DE TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL**

## **A**

### **PROBLEMAS DE AMOR EN PAREJA**

Las terapias Cognitivo Conductuales han demostrado eficacia y eficiencia en diversos problemas psicológicos y modificación de conducta por obtener resultados positivos en breves espacios de tiempo, es decir de 12 a 20 sesiones aproximadas dependiendo de las capacidades del terapeuta, del paciente y de la magnitud de la problemática que esté presente. A nivel mundial se ha posicionado como la terapia de mayor popularidad entre los terapeutas y la mayoría de las instituciones lo han estandarizado en sus protocolos de atención. Además de ser capaz de aplicar los principios terapéuticos a una amplia gama de patologías desarrollando técnicas específicas para cada una de ellas, tal es el caso de los problemas de amor en pareja (Vargas, 2008; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009).

Los problemas de amor en pareja suelen ser diversos, en el presente trabajo de tesina no es intención abordarlos en su totalidad, sino abordar la filosofía y técnicas de tratamiento de cuatro de estos problemas que suelen ser los principales motivos de consulta por lo que una pareja acude a terapia psicológica: infidelidad, celos y posesividad, ruptura del vínculo amoroso y problemas sexuales

#### **3.1 Infidelidad.**

Muchas parejas buscan psicoterapia tras enfrentar una infidelidad, el papel del terapeuta es disminuir el impacto negativo de este evento y lograr la aceptación y realización de la elección más conveniente: reestructurar la pareja o disolver el vínculo. La Terapia Cognitiva- Conductual involucra en sus intervenciones componentes cognitivos en los cognitivos se razona y debate con el paciente sus ideas irracionales, y conductuales en los que se dejan tareas o ejercicios que el paciente debe realizar. En el caso de la atención a infidelidad la terapia se basa

principalmente en los cognitivos. Es común que las aventuras extramaritales precedan o acompañen otros tipos de problemas en la pareja, así como también es común, pero no regla, que sean el inicio del fin de una relación, por lo que el terapeuta debe considerar y evaluar la necesidad de estos factores periféricos. Algunos autores aseguran que la tasa de infidelidades en el matrimonio es hasta del 37% (Beck, 1993) por lo que se puede considerar un evento común pero que suelen devastar al otro integrante de la relación (Ramírez, 2005).

En el conyugue afectado por la infidelidad del otro suelen presentarse con mayor frecuencia las siguientes tres ideas irracionales, aunque cabe aclarar que cada persona hace sus interpretaciones personales (Barrios & Martínez, 1991):

- Pensamiento polarizado: En la pareja se suele definir al otro como infiel o infiel, sin puntos intermedios o condescendencias convirtiéndolo en completamente *malvado*, y una única aventura basta para catalogarle como infiel, por lo que el conyugue afectado percibe este evento como una amenaza a la estabilidad mucho más amenazante de lo que puede realmente ser.
- Catastrofización: El agraviado convierte al otro en un individuo completamente malo, por lo que cualquier acción que este haga será interpretada como maldad. Las cualidades que antes eran admiradas ahora son vistas de manera negativa, superficial o decepcionante. La aventura se percibe como un “pecado imperdonable” aunque cabe aclarar que cada persona hace sus propias interpretaciones.
- Pérdida de control: Los conyugues engañados suelen sentir que han perdido el control sobre la relación por lo que el desean de venganza pues de esta manera *demuestran* que lo han recuperado. Así mismo suelen pensar que en algo han sido culpables por lo que no se hacen esperar los sentimientos de culpa y desesperación.

Según Ramírez (2005) la causa de una infidelidad puede estar en la dinámica de la relación o en el sistema de creencias de un individuo, asegura que el modelo

parental puede estar directamente relacionado debido al concepto de “relación normal” que él o la sujeto se hace, incluso menciona que algunas pautas culturales sobre supuestas ventajas que tiene el hacerse de un amante se transmiten generación a generación. También menciona que los motivos más frecuentes por los que sucede este evento suelen ser la insatisfacción con su realidad presente y han perdido esperanza que se mejore; que un individuo crea que ante una atracción por un tercero *debe* tomar acción, en este caso el terapeuta debe enseñar al cliente que el hecho de que alguien le sea atractivo no significa que se debe estar con esa persona; la creencia de que se ha enamorado o de que ama a otra pareja pero no desea terminar con ninguna de las dos, en este caso el terapeuta enseña al cliente a evaluar el significado de cada una de las relaciones y a vencer la pereza emocional que obstaculiza terminar alguna de estas; la falta de amor suele ser una referencia o excusa común en las infidelidades, esto sucede cuando la etapa de enamoramiento ha transcurrido y no hay un amor psicológico que enganche a la pareja más, a estas personas el terapeuta enseña entrenamiento en asertividad.

Una vez que el terapeuta a deshilado los significados que tiene para cada uno el evento, se debe descatastrofizar el acontecimiento, demostrar las causas, entrenar en habilidades de comunicación y asertividad para evitar que vuelva a suceder. Dado que el conyugue infiel queda etiquetado como “malo” se deben detectar las distorsiones cognitivas y reestructurar la imagen negativa del compañero. Un ejemplo sobre la reestructuración cognitiva puede ser el siguiente:

- *“Si me mientes o niegas los sentimientos de amor que dices que me tienes y traicionas nuestra relación, consideraré tu conducta poco cariñosa e indigna de confianza, pero no te condenaré como persona por actuar de esta manera indeseable”*

En el caso de parejas en las que haya una infidelidad que no ha sido descubierta únicamente el que sostuvo la aventura decide si la revela o no, el terapeuta debe servir de apoyo en la decisión que decida tomar, si es positiva en

disminuir el impacto de la noticia, si es negativa en disminuir los sentimientos desadaptativos como la culpa.

En los casos en los que definitivamente la pareja se manifiesta por formalizar su relación con el amante y terminar la relación actual el éxito terapéutico se logra cuando la persona afectada acepta que lo mejor que la mejor decisión que puede tomar es resignarse a esta separación e incluso comprender que es mejor alejarse de estos personajes, sin embargo la dignidad suele doblegarse ante este desprecio y suelen hacerse una serie de interrogantes evaluando su auto concepto como: ¿porqué a mi? ¿Qué tiene el o la otra que no tenga yo? ¿Es mayor, tiene más dinero, es más atractiva?; en estos casos el terapeuta puede convencer al paciente que este tipo de preguntas son irrelevantes y autodestructivas, no importa el cómo y el cuándo, lo único que importa es que el otro fue o es infiel y ya no le quiere, lo demás es secundario. Si el paciente persiste con la idea de que él es el responsable de la infidelidad se recomienda trabajar la auto- aceptación revisada anteriormente.

### **3.2 Celos y posesividad.**

Los celos están casi siempre cargados de connotaciones sociales que los significan como *buenos* o *malos* según las creencias y posturas de quien los experimenta. Científicamente se habla de dos clases de celos: los racionales y los irracionales (Ellis, 2002; Matud, 2004, Martínez, 2009; Morales, 2011). Se está racionalmente celoso cuando se desea una relación continua, y a veces monógama con nuestro amado y cuando se está preocupado porque ésta relación se rompa por alguien más y en consecuencia hay una amenaza de perder el amor. Menciona Albert Ellis:

*“Estamos racionalmente celosos si nos sentimos frustrados y decepcionados cuando nuestro amado presta <demasiada> atención a otros, pero no estamos gravemente perturbados”*

Se está irracional o insensatamente celoso cuando se demanda o impone de forma absolutista que el ser amado siempre cuide de uno, se desee la atención única y exclusivamente a uno mismo y cuando se está horrorizado con la idea de que el amado se ligue emocionalmente a otra persona y/o nos abandone. Estos celos irracionales suelen generar ansiedad, hostilidad y depresión. Pensamientos obsesivos sobre el peligro de perder al amado, sobreatención a sus actividades y sobredemanda de muestras de afecto y tiempo son conductas paradójicas comunes pues suelen deteriorar más la relación.

En este caso el trabajo terapéutico se basa por una parte en cogniciones y por otra en tareas conductuales. Es esencial que el terapeuta identifique las creencias irracionales mantenidas dogmáticamente y que crean la celotipia, tales como:

- *“A no ser que tenga la absoluta certeza de que me adoras y de que siempre será así, mi vida es demasiado confusa y desagradable y apenas parece valioso continuar con ella.”*
- *“Si tu no me amas como yo te amo, debe haber algo extraordinariamente malo en mí, y por eso apenas merezco tu afecto”.*
- *“Debido a que te amo intensamente y sigo estando dedicado a ti, tienes que devolver mi amor siempre, si no me causarás un gran sufrimiento y entonces serás una persona vil y detestable.”*
- *“Debo tener una garantía de que me amas fuertemente sólo a mí y continuaras haciéndolo así indefinidamente.”*

En el trabajo cognitivo, la terapia se orienta a cambiar estas Ci por creencias más racionales y adaptativas, debatiendo su irracionalidad, mostrando que la filosofía dogmática en el amor es disfuncional. Si se logra que el paciente interiorice las siguientes Cr disminuirán sus síntomas perturbadores (Riso, 2011):

- *“Me gustaría mucho que tú me cuidaras a mí como yo te cuido a ti, pero no hay razón para que tú tengas que hacerlo así. Todavía puedo ser feliz, aunque no tan feliz si no lo haces.”*
- *“Puedes ser el mejor compañero de amor que yo probablemente encuentre en toda mi vida y por lo tanto valoro mucho tu amor y tu compañía. Pero si de algún modo te pierdo, puedo casi con certeza amar a otros y lograr una relación amorosa y satisfactoria”.*
- *Aunque te amo tiernamente y soy bastante servicial al dedicarme a ti, mi amor no te obliga a amarme en recompensa o restringirte a mí, tienes perfecto derecho a tus propios sentimientos y conductas respecto a mi, y puesto que no puedo hacer que tú los cambies, intentaré aceptarlos como mejor pueda y a pesar de ello seguir amándote”*

Además de la reestructuración cognitiva con las Ci se puede hacer uso de otros métodos cognitivos para ayudar a la gente a combatir su celotipia.

LISTAS: Una lista que comprenda las desventajas de los celos, posesividad y odio versus las ventajas de sentir celos racionales y sentimientos de preocupación y frustración. También se puede hacer una lista de las ventajas de lo conveniente de mantener relaciones abiertas que permiten a ambos comprometerse de manera no monogámica y revisar estas ventajas cuidadosamente cuando uno de los compañeros sienta celos.

Las relaciones abiertas no monogámicas pueden representar algunas ventajas para estos pacientes pues pueden distinguir a) una gran variedad de experiencias amorosas y sexuales, b) alivio y aburrimiento a la monotonía, c) satisfacciones cuando los dos conyugues están separados por algunos días, d) a veces ayuda a los conyugues a apreciarse más mutuamente y llegar a estar más cercanos, e) pueden proporcionar amor y experiencias sexuales para crecer, madurar y relacionarse mejor, f) pueden satisfacer la curiosidad si previamente se han tenido relaciones restrictivas, g) puede compensar la deprivación sexual o amorosa de

uno de los conyugues que puede tener impulsos libidinosos más altos y h) pueden ayudar a la autoconfianza y auto eficacia de los menos expertos.

**TIEMPO FUERA:** Se puede permitir a la persona celosa dar rienda suelta a sus pensamientos y sentimientos a cierta hora del día, con el compromiso de pensar en cosas distintas el resto del día. También se anima a los pacientes a que lean artículos y libros de autoayuda profesionales que muestren a las personas celosas cómo es posible vivir intensamente y no sentir celos irracionales, algunas recomendaciones que se hacen son: Sexo sin culpa (Ellis, 1972), Infidelidad (Boylan, 1971), Celos (Clanton, , 1977), matrimonio libre (O'Neil, 1972) y Amar o depender (Riso, 2009).

**IMAGINACIÓN RACIONAL EMOTIVA:** Esta técnica puede ser empleada también en este tipo de pacientes si se hace de manera controlada. Consiste en preparar al paciente a un estado de relajación en el que pueda imaginar poderosamente, este puede ser hipnótico, se le pide que recuerde o fantasee con la imagen de su pareja en una situación comprometedor con un tercero, se le pregunta -¿Cómo te sientes cuando te imaginas esto?- a lo que usualmente se responden sentimientos insanos – con ganas de cometer un asesinato- por ejemplo. Posteriormente se le pide al paciente que continúe imaginando, pero intente cambiar sus sentimientos insanos por sentirse *-solamente decepcionado o solamente apenado*, pero no enfadado u homicida-. Es común que el paciente argumente dificultad para lograr cambiar sus sentimientos, pero mejorará con la práctica.

**ROLE- PLAYING:** Un eje de la terapia cognitiva es la aceptación, así que se le enseña a la persona a aceptarse aún si sus celos son absurdos y estén en la peor de las crisis. Los ejercicios de role- playing pueden ser de utilidad si se escenifica una escena de celos en la que el paciente hace sus afirmaciones o conductas insanas y se le modela e invita a escenificar después unas más sanas.

**Tareas:** Algunas tareas que se pueden dejar al paciente para que haga fuera del consultorio están encaminadas a contradecir sus Ci, por ejemplo se le puede

incitar a que salgan con personas que están relacionadas emocionalmente y de manera abierta con otras, mantener alguna relación abierta en la que trabajen con sus sentimientos celosos. También se pueden razonar y recomendar reglas que el paciente practique en su vida diaria como no espiar o curiosear cosas personales de su pareja, si se sospecha que la pareja está en una aventura, no enfrentarse sin antes haber controlado la hostilidad y el llanto.

Con ejercicios cognitivos y tareas la terapia Cognitiva- Conductual ayuda a la gente a reestructurar sus sentimientos y pensamientos celosos y perturbadores a fin de mejorar la calidad y durabilidad de su relación y ambos puedan alcanzar felicidad en caso de seguir juntos, en caso de separación prevenir la celotipia en futuras parejas.

### **3.3 Ruptura de vínculo de pareja.**

Si bien desde el punto de vista biológico el matrimonio es una asociación para perpetuar la especie, desde el punto de vista psicológico construir una familia es una de las experiencias más reconfortantes, Walter Riso (2010) afirma que los humanos no estamos hechos para la soledad afectiva. El amor en pareja saludable es una experiencia satisfactoria, sin embargo algunas veces la separación es inminente e incluso conveniente. En realidad no todo el mundo se fortalece y desarrolla su potencial humano con el amor, muchos se debilitan y dejan de ser ellos mismos en el afán de querer mantener una relación inconveniente.

Ante la ruptura de la relación suele ser mayormente afectado emocionalmente el individuo que sorpresivamente ha recibido la noticia de su pareja, lo que en ocasiones hace que se niegue a aceptar que la relación ha terminado. Cuando este es el caso él o ella transcurre por un proceso que parecen sistemático que se describen a continuación. El terapeuta puede ayudar a identificar en cuál de las fases de este proceso se encuentra el paciente y ayudarlo a superarlo de manera eficaz Riso (2010).

El primero de ellos es la *sorpresa* ya que usualmente el desahuciado amorosamente no está preparado para esta noticia pues, a pesar de que algunas señales anticipatorias suelen mostrarse en la cotidianidad es frecuente que se aprenda a ignorarlas. Los esfuerzos cognitivos se orientan a que el paciente aprenda a aceptar el hecho de que su relación se ha disuelto pese a que no lo desee así, pues la baja tolerancia a la frustración genera un mecanismo de defensa de negación. Se puede ayudar al paciente demostrándole la inutilidad de sostener una relación con alguien que ya no le quiere o que ya no quiere.

Postre a la sorpresa se produce un *colapso* en el que aún no se acepta la noticia y se tiene la esperanza de que el otro cambie de parecer, es común que en la negación el terminado pregunte al otro si está convencido de su decisión e intente convencerle por varios medios de que no sea así, aún haciendo uso de chantajes emocionales. A continuación se comienzan a buscar *explicaciones* sobre el porqué de la ruptura algunas veces excusando en necesidades del otro y otras culpándose a sí mismo de su decisión, por lo que se hace un *repaso histórico* para encontrar en donde estuvo o inventarse el problema.

Una vez encontrado el supuesto problema el individuo decide hacer una *promesa de cambio* comprometiéndose a ser una persona nueva, pero esto suele ser ya irrelevante en este punto. Por último el desconsolado decide hacer una serie de esfuerzos por defender su relación, o más bien su apego, pues se cree de manera irracional que hay que *luchar por el amor* del otro sin que este entienda que lo que se necesita es voluntad de ambas partes y no luchar batallas inútiles, en aras de esta reconquista se suele llegar a la humillación, derrochar recursos económicos y perder el tiempo.

El trabajo cognitivo con estos pacientes consiste en enseñarles a aceptar el sufrimiento afectivo, que negarse a separarse de una pareja que ya no le quiere por evitar el dolor se llama pereza emocional no cariño, que hay separaciones que son por conveniencia y no por falta de amor, por lo que no es necesario haber dejado de querer a alguien para separarse; no todo el sufrimiento es malo y no todo el amor es sostenible. “Bendito el desamor que les llega a los mal casados, a

los mal emparejados y a los que hacen daño en el nombre del amor” recita Riso (2010), incluso se abre la oportunidad de encontrar un mejor amor tras terminar por el que se sufre actualmente.

Es posible detectar algunas Ci que pueden ser debatidas como “la esperanza muere al último” pues hay veces que es lo primero que hay que perder para lograr aceptar que hay separaciones que incluso podrían convenirle o “la fe mueve montañas” pues nunca se ha visto que una montaña se mueva a base de fe como nunca se verá que una persona que ya decidió dejar a su pareja cambie de opinión solo por la fe del otro.

Algunas personas deciden recurrir a pensamientos que se catalogan como animistas, es decir, creer que algún tipo de magia o embrujo les devolverán el amor de su pareja, son muy comunes los negocios que ofrecen los llamados “amarres” que prometen atar a una persona al cliente para siempre, o los adminículos como talismanes o veladoras para atraer pareja; es necesario que el paciente comprenda que hacer uso de estos servicios es deshacerse de la responsabilidad que implica enamorarse, es dar a otra persona u objeto la capacidad de encontrar o sostener una relación de pareja que recae en los pensamientos, conductas y sentimientos personales, y que pese a que hay algunos eventos que refuercen este tipo de creencias como mitos o casualidades no hay evidencia de que el éxito en una relación de pareja se pueda acreditar a prácticas chamánicas o religiosas, son pura superstición, cuando el amor se acaba hay que enterrarlo (Fisher, 2004).

A continuación se describen algunas pautas de reestructuración cognitiva a base de afirmaciones y tareas conductuales que se pueden trabajar con estos pacientes a fin de hacer de su ruptura un evento con el menor coste emocional e incluso una oportunidad de aprendizaje hacia nuevas relaciones (Barrios & Martínez, 1991, pp. 201-204)

*Aprende a perder aunque duela:* Aprender a perder es la capacidad que tiene una persona para discernir entre lo que depende de ella y lo que no, cuando

insistir y cuando dejarse llevar por los hechos. Es necesario desarrollar tolerancia a la frustración, pues ante algunas pérdidas la única alternativa es aguantarlo y resistir. Se puede ejemplificar al paciente con la siguiente afirmación: “No tiene sentido convencer a alguien de que te quiera, es tan paradójico como convencer a las nubes para que deje de llover, lo mejor es aceptarlo, tomar un paraguas y continuar con tu vida.”

*Si ya no te quieren, retírate dignamente:* Una de las Ci más comunes en nuestra cultura es que las personas que se aferran a un ideal son dignas de reconocimiento, sin embargo en los amores fracasados esto no es así, lo primero que debe entender el paciente es que no vale la pena aferrarse a un amor imposible, vale más ser un pesimista realista que un optimista engañado, no basta desear que algo suceda para que suceda, eso es esperanza real e injustificada. Las humillaciones en cualquiera de sus formas únicamente dan más poder al otro, es necesario que el paciente comprenda que los principios no se negocian, que puede sufrir por la ruptura, pero no auto lastimar su amor propio, por lo que se invita al paciente a que las crisis más duras de su duelo las viva aislado de su ex pareja.

*Soporte de redes sociales:* El apoyo de amistades y familiares puede ayudar a mermar el sufrimiento, pero no todas las amistades tienen la capacidad de ser soporte emocional, hay que enseñarle al paciente a evitar aquellas amistades que se empeñan en hablar sobre los aspectos negativos de la relación o fincar responsabilidad a la persona de la ruptura, aunque lo hagan de manera “amistosa”, las críticas constructivas se deben hacer una vez pasado el momento de crisis, mientras tanto es necesario que el paciente se reúna con gente que le levante el ego incondicionalmente y le haga saber que el otro se ha perdido de alguien muy valioso, no importa si las palabras de apoyo en ese momento son mentirillas.

Si el paciente tiene hijos se le sugiere dedicar más tiempo con ellos para regenerarse emocionalmente, pues si comprende que el amor en pareja no es el único que vale la pena sentirá que ha perdido algo que quería, pero no algo

indispensable, hay que demostrarle al paciente que ellos le necesitan fuerte y eficiente, que recuerde que su ex pareja ya no es nada suyo, pero sus hijos son su familia.

*Alejarse de la ex pareja:* Se le propone al paciente evitar visitar lugares que le recuerden a su ex pareja, si es que fuera necesario hacerlo en compañía de alguna amistad. Conocer lugares nuevos y personas nuevas puede ser un distractor eficaz, se le puede asignar acudir a eventos o reuniones y obtener números telefónicos de al menos dos nuevas personas. Deshacerse de los objetos que tengan relación con la anterior pareja puede ser saludable, al igual que en la muerte hay que aceptar que ya no está y mantener objetos que atañen a un recuerdo nostálgico puede ser un obstáculo para superar la depresión. Se pueden hacer ejercicios de sensibilización sistemática con los objetos que evocan recuerdos de la pareja como la *imaginación racional emotiva* descrita en el apartado 3.2 de celos y posesividad de esta tesis, pero estas deben hacerse en las condiciones de control de un consultorio.

*No santificar al ex:* Es común que una vez que se ha separado la pareja, se derrochen una serie de halagos al que se ha ido, se le puede pedir al paciente que haga una lista donde mencione las cosas positivas y negativas de su pareja a fin de que concientice que no era un ser immaculado plagado de virtudes, sino que al igual que cualquier otra persona, tenía defectos; también puede ayudar una lista de las cosas que pueden mejorar en su vida a partir de la ruptura versus las que no podrían suceder si aún estuvieran juntos. Esto puede ayudar a la persona a aminorar el impacto de la separación.

### **3.4 Problemas sexuales.**

Los problemas sexuales en pareja son de lo más común y no deben ser motivo de preocupación, la persona que sufre, de manera persistente de alguna falla en su respuesta sexual, se dice que presenta una disfunción sexual sin embargo estas fallas pueden generar problemas en pareja cuya ansiedad al respecto suele

agravarlos y terminar en insatisfacción y separación de la pareja.. La respuesta sexual humana puede estar condicionada por múltiples estímulos y verse afectada por una gran variedad de situaciones, muchos de estos problemas pueden ser tratados con psicoterapia pues hoy día se le atribuye peso suficiente a factores cognitivos. Por otro lado, las disfunciones sexuales son el problema de pareja más documentado por la investigación científica y con más alternativas de tratamiento psico- farmacológico. A continuación se describe el esquema general de una terapia Cognitivo- Conductual sexual, aunque cabe aclarar que cada disfunción tiene un tratamiento específico como se demuestra en el capítulo 3.4.1 de Disfunción sexual, este esquema es en general el método para cada uno de ellos.

En la década de los años 1970's los modelos teóricos más influyentes en el campo sexológico fueron el psicodinámico, psicofisiológico y conductual, algunos autores como Wolf y Walen (1990) han criticado el centralismo excesivo de estas teorías a aspectos fisiológicos (Meyers, 2009). Hoy día las terapias sexuales siguen una tendencia cognitiva y conductual, postulando tres pilares que explican las disfunciones sexuales: la historia de aprendizaje, los factores fisiológicos y los factores cognitivos (Meichenbaum, 1988).

La historia de aprendizaje son las experiencias de la niñez y adolescencia que se conformaron a partir de las actitudes y conductas observadas por otros significantes hacia la sexualidad y/o fuentes de información que si son negativas o deficientes generaran conductas sexuales inadecuadas o disfunciones sexuales. Los factores físicos que influyen en las disfunciones son la presencia de enfermedades físicas (crónicas o neurológicas) y el uso de medicamentos. Por su parte los factores cognitivos están conformados por el nivel de conocimiento que las personas tienen sobre la sexualidad así como sus actitudes, creencias y pensamientos sobre la disfunción sexual tal como la ansiedad que en el caso de los hombres deriva de la Ci "debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad" y en el caso de las mujeres de la Ci "debo de satisfacer a mi compañero para tener su aprobación" (Ellis, 2002).

Desde el enfoque cognitivo se sostiene que la experiencia sexual disfuncional es resultado de los bloqueos emocionales derivados de las cogniciones disfuncionales y su manejo suelen ser el tema central de la terapia sexual enfocándose en identificar las distorsiones cognitivas (percepciones) y los errores evaluativos. Las Distorsiones cognitivas más comunes en estos casos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 Distorsiones cognitivas más frecuentes en disfunción sexual. (Ramírez, 2005).

DISTORCIÓN COGNITIVA	REPRESENTACIÓN ORAL
<b>Abstracción selectiva</b>	“no veo tensión en mis músculos, supongo que no estoy excitado”
<b>Inferencia arbitraria</b>	“Mi compañero no me ha dicho que le ha gustado, entonces es que no le ha gustado”
<b>Sobregeneralización</b>	“No he conseguido una erección; nunca lo lograré”
<b>Polarización</b>	“Si no tengo un orgasmo, entonces no soy un hombre de verdad”

Los errores evaluativos se relacionan con las principales creencias irracionales o supuestos disfuncionales y sus consecuencias de autoevaluación negativa y dramatización, por ejemplo podemos encontrar en este tipo de pacientes los siguientes supuestos fallidos: “Tengo que tener mucho éxito en mis relaciones sexuales. Tengo que lograr tener una buena relación sexual. De lo contrario sería insoportable y yo no sería un hombre/mujer de verdad”; “Tengo que conseguir la aprobación sexual de mi compañero(a), ya que de lo contrario yo no podría soportarlo y no sería una persona con valor”; “no debería tener dificultades sexuales jamás. Si las tengo mi vida es horrorosa”

El terapeuta planea una estrategia de de intervención a fin de alcanzar objetivos y sub- metas específicas para el tipo de disfunción que esté tratando, la terapia Cognitiva- Conductual sugiere el siguiente esquema a seguir de manera progresiva para dicho planteamiento (Ramírez, 2005):

1. Modificación del trastorno disfuncional a fin de lograr una conducta sexual satisfactoria.
2. Colaboración de ambos miembros de la pareja.
3. Información sobre aspectos de la sexualidad mal entendidos.
4. Modificación de actitudes y cogniciones que intervienen en el trastorno.
5. Desarrollo de habilidades relacionadas y sexuales coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones funcionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua

Para la entrevista inicial de evaluación se recomienda hacerla con la pareja en conjunto, indagar en una descripción detallada del problema que incluya preguntas que le ayuden al entrevistador a conocer los factores orgánicos y ambientales que puedan influir en este, relacionar antecedentes de trastornos orgánicos (será mejor si se cuenta con un informe médico), y el nivel de motivación que la pareja tenga hacia la terapia. Es necesario construir una historia sexual de cada uno (en entrevista individual) en el que cada participante describa la historia de la disfunción con esta pareja o anteriores si lo amerita, las características de sus hábitos sexuales con la actual pareja a fin de descubrir la relación que esta pueda tener, identificar las desinformaciones, Ci y distorsiones cognitivas que manifiesten en su discurso y los intentos previos que han hecho por remediarlo, así como son las expectativas y objetivos personales del tratamiento actual.

Una vez concluidas las entrevistas es de gran utilidad si ambos miembros se comprometen a asistir a terapia en pareja, aunque de no ser así es posible trabajar con uno solo, se presenta el plan de trabajo y se resuelven las dudas que se generen por parte de los clientes. El análisis funcional de un cuadro secuencial

integrativo puede ser de ayuda para establecer los objetivos específicos de la intervención (Vargas, 2008).

La intervención cognitiva se hace a partir de interiorizar en el paciente pensamientos funcionales que puedan sustituir los disfuncionales ya identificados, el método de Debatir- Demostrar propuesto en la Terapia racional Emotiva (Ellis, 2002) puede ser eficaz, consiste en debatir lo perjudicial de las ideas sostenidas por el paciente a fin de desmitificar y reducir la ansiedad generada por el pensamiento perturbador, así como poner ejemplos de funcionalidad con casos de parejas anteriores y demostrando la evidencia científica de estas mejoras. Se puede educar e informar adecuadamente a los pacientes haciendo uso de folletos, artículos de revistas, películas etc.

La intervención conductual en este caso consiste en tareas en casa. Entrenamiento masturbatorio para el hombre a fin de identificar las sensaciones percibidas, autoexploración en el caso de la mujer y entrenamiento en identificar pensamientos ansiosos ante las tareas y prácticas sexuales. En conjunto la pareja puede hacer registros de pensamientos automáticos u otras emociones perturbadoras.

Además de los pasos descritos, alrededor de las terapias sexuales, se deben tener en cuenta otros aspectos que podrían estar relacionados y se pueden trabajar en terapia, tales como actitudes negativas hacia el sexo propio o de la pareja, ansiedad ante la relación sexual, entrenamiento de habilidades sociales y sexuales específicas, otro tipo de problemas de pareja o psicopatologías personales además de lo sexual y trastornos somáticos asociados.

Las disfunciones sexuales más comunes son la anorgasmia en el caso de la mujer y la eyaculación precoz en el caso de los hombres, pese a esto aun es divergente su definición pues algunos autores como Masters, W y Jhonson, V (1973) lo han hecho a partir de un criterio cuantitativo denominando eyaculador precoz a cualquier hombre que en el 50% de los casos eyacule antes de haber satisfecho a su pareja. Algunos otros según Álvarez (2003) han definido que un

eyaculador precoz es el que eyacula antes de un minuto de relación, el número de movimientos del vaivén intravaginal es inferior a diez y en el 50% de los casos el hombre alcanza el orgasmo antes que su compañera. De acuerdo con Kaplan (2003) estos criterios cometen el error de atribuir la precocidad al tiempo. Según este autor la definición de precoz no basada en el tiempo, sino es la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculador independientemente del tiempo, número de repeticiones o si se da antes o después del orgasmo de la mujer. Se puede decir entonces que un eyaculador precoz lo es en cuanto el orgasmo se da de una manera refleja fuera del control voluntario del hombre una vez alcanzado un intenso nivel de excitación sexual. Por el contrario se puede decir existe control eyaculador cuando el individuo puede tolerar los altos niveles de excitación que caracterizan la etapa de meseta del ciclo de respuesta sexual sin eyacular de una manera refleja. La capacidad de controlar la eyaculación es crucial para realizar bien el acto sexual y para un ajuste erótico satisfactorio. (Rojas, 1998).

Aunque la queja inicial del eyaculador precoz y de su mujer es la rapidez en el orgasmo, se suele presentar con frecuencia la ausencia o disminución de la percepción de las sensaciones eróticas una vez que el individuo se siente intensamente excitado. A medida que se acerca el orgasmo muchos eyaculadores precoces parece que experimentan lo que se puede describir como una anestesia genital. En la evaluación inicial el paciente no suele ser consciente del fenómeno, simplemente porque no tiene base de comparación. Después de adquirir el control de la eyaculación, casi todos los pacientes afirman experimentar sensaciones orgásmicas y sexuales agradables que nunca habían experimentado hasta entonces.

La ansiedad del eyaculador precoz acerca de su competencia sexual puede arruinar las relaciones sexuales de la pareja, pues es difícil que un hombre sea sensible y receptivo a su compañera si está preocupado por la idea de que eyaculará anticipadamente. La mujer, por su parte, suele sentirse rechazada o frustrada, y empeorará si el clima entre la pareja se torna hostil como para confiar el uno en el otro, entrando así en un círculo vicioso de cólera y evitación que

destruye su placer sexual (Rojas, 1998). Existen también excepciones, por ejemplo, algunas parejas son capaces de establecer una comunicación más abierta e intentan acoplarse a la precocidad de su marido (después de eyacular, él puede seguir estimulando a su mujer clitorídeamente hasta que alcance el orgasmo) (Sánchez & Díaz, 2003). Pero lo cierto es que la eyaculación precoz limita el goce sexual de la pareja y aumenta si puede prolongar el período de intensa excitación previo al orgasmo.

Es común que al llegar a consulta los pacientes conozcan y practiquen métodos populares a fin de remediar el mal, que mas bien funcionan como distractores sexuales como centrar su atención en imágenes no sexuales durante el acto sexual, tensando los músculos anales, mordiéndose los labios, hundiéndose las uñas en la palma de la mano, etcétera. Tales métodos permiten demorar el comienzo de una excitación erótica intensa, pero son incapaces de facilitar el control de la eyaculación. Las técnicas más eficaces elaboradas hasta la fecha son las que siguiendo el enfoque de Semans, emplean una estimulación repetida y prolongada del pene por la compañera, interrumpiendo la estimulación de acuerdo con las señales que envía el paciente justo antes de que se desencadene el reflejo orgásmico; El objetivo específico de estas experiencias consiste en promover la percepción clara, por parte del paciente, de las sensaciones premonitoras del orgasmo, esto debe hacerse en condiciones de tranquilidad, en presencia y con la participación de la pareja. (Kaplan, 2003). La habilidad para clarificar y resolver las resistencias de la pareja al tratamiento por parte del terapeuta constituye la esencia del proceso terapéutico (Rojas, 1998).

La técnica de Semans de "parada arranque" la describe Rojas (1998).

Fase 1 (Información): Las primeras sesiones incluyen pláticas informativas con respecto a la respuesta sexual humana tanto masculina como femenina. Además de instruir a la pareja para que realice en casa juegos amorosos de alcance limitado, es decir, sólo hasta que se produzca una erección. Es importante insistir

en la necesidad de concentrarse totalmente en la relación sexual, mantener el televisor apagado etc.

Fase 2 (Ejercicios masturbatorios): Se instruye a la pareja para que realizaran, en casa, el siguiente ejercicio: El hombre ("H") se tiene que acostar boca arriba mientras la mujer ("M") le estimula el pene manualmente. En contraste con la creencia común, se pide al paciente que centre su atención exclusivamente en las sensaciones eróticas de su pene durante la estimulación. Se le advierte expresamente que no prestará atención alguna a "M", porque la ansiedad y los conflictos provocados por una preocupación obsesiva por la compañera distraen con frecuencia al paciente de la verdadera experiencia sexual. Además se le pide que no se dejara distraer de las sensaciones eróticas por pensamientos irrelevantes. Tan pronto como experimente las sensaciones premonitoras del orgasmo debe pedir a su pareja que deje de estimularle. Percibirá entonces que las sensaciones desaparecerían en unos pocos segundos. Antes de perder del todo la erección, volverá a reanudarse la estimulación, para suspenderla de nuevo justo antes de alcanzar el orgasmo.

La pareja tiene que repetir este procedimiento una segunda y una tercera vez antes de que el paciente permita que la estimulación continúe hasta alcanzar el orgasmo, eyaculando a la cuarta vez. En ningún momento debe intentar el paciente ejercer un control consciente sobre el orgasmo, fuera de señalar a la esposa que detenga la estimulación.

Consecuentemente se lubrica la mujer la mano con vaselina. La estimulación manual en estas condiciones es más excitante que una estimulación seca, porque las sensaciones producidas se parecen mucho a las proporcionadas por el acto sexual dentro de una vagina lubricada. Después de 6 sesiones de práctica extravaginales, en las que el varón eyacula a la cuarta vez, se pasa a la tercera fase.

Fase 3 (Realización del acto sexual): Los primeros intentos de coito se realizan haciendo que "M" se colocara encima de "H" (posición femenina superior). "H"

colocará sus manos sobre las caderas de ella. La esposa descenderá sobre el pene erecto y esperará la señal de él para comenzar la estimulación. Se emplea una vez más el procedimiento de "detención-arranque", deteniendo ella los movimientos pélvicos al alcanzar él un nivel preorgásmico permitiendo al paciente que se produzca el orgasmo hasta la cuarta repetición. Después de alcanzar el control por este medio, se instruye al "H" para repetir la experiencia en la posición femenina superior, pero esta vez moviéndose también él y utilizando una vez más el sistema de parada arranque. Una vez dominada la posición femenina superior, se le pide a la pareja que intente el acto sexual en la postura de costado de nueva cuenta con el sistema de parada arranque. Ya que la postura más difícil para controlar el orgasmo es la del varón en posición superior, por ser la más estimulante, es la que se practica en último término.

Se le sugiere a la pareja repetir los ejercicios de detención-arranque de vez en cuando, si fuera posible una vez cada dos semanas, tras la terminación del tratamiento (Alvarez, 2003; Kaplan, 2003).

## CONCLUSIONES

Según las ciencias biológicas, el enamoramiento es un fenómeno propio de la naturaleza humana destinado a la procreación de la especie y el amor un fenómeno destinado a la asociación en familia con fines de trabajo y protección en equipo. Sin embargo, dado que los seres humanos a diferencia de otros animales desarrollamos pensamientos complejos, las explicaciones puramente biológicas no satisfacen ni dan solución a los problemas complejos que suelen suscitarse en la vida en pareja tales como los descritos en este trabajo. Son las teorías construidas por el estudio de este fenómeno a nivel social y cognitivo las que aportaran los elementos suficientes para comprender y resolver los problemas que se hacen presentes en una pareja o persona, como la teoría psicológica Cognitivo-Conductual y en particular la Terapia Racional Emotiva pues ha demostrado que a partir de una metodología simple logra resultados eficaces en tratamientos breves en comparación con otras teorías.

El enamoramiento y el amor son comúnmente asociados a experiencias placenteras e incluso con tintes inmaculados, se concibe exageradamente comúnmente como la “mejor experiencia vital de una persona” o “la razón de existencia y salud de las personas”. En realidad nada más falso, pues si bien resulta una de las experiencias más placenteras en la vida de una persona, no es ni la mejor experiencia vital ni el amor siempre desarrolla el potencial pues hay para quienes una relación amorosa se convierte en un nicho emocional, una trampa que lejos de realizar a una persona la convierten en un ser sin la capacidad de amar. Estas malas praxis de amor usualmente están sustentadas en malas costumbres e ideas culturales, pues en realidad nadie nos enseña a amar de manera objetiva, sino que la construcción personal y de vida del amor se elabora a partir de la palabra transmitida por otros que la persona significa como expertos o experiencias personales que no siempre fueron bien resueltas. Por lo tanto cosas tan elementales como los criterios para elegir una pareja, el rol que se debe adoptar como pareja o las pautas de un amor saludable en algunas personas resultan precarias formando criterios irracionales o de plano inexistentes.

Estas creencias irracionales sobre el amor están fuertemente reforzadas por pautas culturales como telenovelas, arte o religión, pues es común que la idea de amor que reflejen sea patológica, de entrega incondicional, apego etc. canciones que describen al amor como un proceso de sufrimiento refuerzan la idea de que en el amor se sufre y una religión en la que se muere por amor refuerza la idea de anulación personal para complacer a otros. La premisa que se tiene es de un concepto de amor supervalorado, en contraparte se debe valorar el amor en su justa medida y a partir de ahí guiar los esfuerzos terapéuticos hacia amores funcionales. Riso (2009) propone dimensionar los problemas de amor equiparables al alcoholismo, dado que al igual que este hay personas dependientes a un “consumo afectivo desmedido”, familias en desintegración, pérdidas económicas y personas devastadas o muertas por amor, o más bien desamor.

En conclusión esta tesina propone una intervención del Psicólogo desde dos vertientes: el primero en el trabajo hacia el fomento de actitudes y conocimientos de amor saludable a la población en pro de la integración familiar, pues podríamos generar personas capaces de amar de formas positivas con una educación emocional más razonable a fin de prevenir los diversos problemas de amor que impiden a las personas hacer de esta una experiencia plenamente satisfactoria. En mi recomendación para la prevención, apuesto en fomentar en la población joven principalmente la biblioterapia, pues es un método de aprendizaje al alcance de la gran mayoría de las personas y que puede ser de autoayuda, ayudando al terapeuta a elegir aquellos libros con la calidad y contenido acordes a la edad y propósito, pues el mercado de este tipo de libros está infestado de lecturas que se presumen de auto ayuda sin ningún sustento científico. La recomendación que hago son libros de Walter Riso pues los considero apegados al método científico de la psicología cognitiva y de fácil asimilación para cualquier lector, además de artículos científicos publicados en revistas de publicación arbitrada.

Por otro lado un trabajo de intervención bajo esquemas de tratamiento Cognitivo Conductual a los problemas de pareja, pues inclino mis preferencias

terapéuticas a esta orientación teórica por considerar que cuenta con sustento científico y evidencias tangibles en sus supuestos teóricos, en relación a otras teorías que hablan del amor como el psicoanálisis, pues en la doctrina Cognitiva Conductual no se presta mayor atención a la vida pasada del paciente o se habla de complejos sexuales reprimidos, sino se centra en el presente, el aquí y el ahora a miras de resolver un problema a futuro con métodos de reestructuración cognitiva y tareas conductuales. También difiero del humanismo pues considero que sobrevalora el poder del amor y promueven ideas que suelen cubrir la necesidad afectiva del paciente de manera paliativa, pero no solucionan el problema de raíz pues considero mal orientado el fomento del autoestima, en particular la TCC demuestra que Carl Rogers omitió algunos errores, y al contrario orienta a los pacientes a que se olviden de sus ideas de sostener autoestima, de que otros los quieran y promueve la auto-aceptación.

En particular para la atención con TCC a los problemas de amor, me inclino por la Terapia racional Emotiva de Albert Ellis pues concuerdo en que la calidad de las emociones está directamente relacionada a la calidad de los pensamientos de la persona que los experimenta, y las emociones a su vez son un subproducto de la manera en como el individuo procesa la realidad que afronta, por tanto sostengo que el debatir sus creencias destructivas y demostrar pensamientos adaptativos contribuirá a que el paciente logre superar sus problemas emocionales, que en complemento con tareas conductuales ayudan a la persona a encontrar la felicidad, vivir mejor y más tiempo, y hasta que el paciente logre estas condiciones se podrá hablar de éxitos terapéuticos.

Entendiendo y transmito el concepto de amor saludable como aquellas relaciones que son funcionales y satisfactorias, y la necesidad de aprender a identificarlas de aquellas en las que no son amor sino una clase de dependencia afectiva que se le parece.

## BIBLIOGRAFÍA

Adrados, F. (2003). *El descubrimiento del amor en Grecia*. (pp. 67- 79). Madrid: Ed. Coloquio.

Alvarez, J. (2003). *la condición sexual del mexicano*. (pp. 85- 98). México: Grijalbo.

American Psychiatric Assosation. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico DSM IVtr brevario*. (pp. 156- 181). Ney York: Elsevier.

Amor, P. E., & del Corral, P. (2002). Repercusiones psicofisiológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International journal of clinical and health psychology* , 227- 246.

Apuleyo, L. (S. II d.c.). *La metamorfosis o el asno de oro*. (pp. 104- 135).

Barrios, R., & Martínez, L. (1991). *Elaboración de un manual de repertorios funcionales básicos en parejas jóvenes: una alternativa cognitiva conductual*. (pp. 85- 89). Tesis de licenciatura no publicada, facultad de estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Beck, A. (1993). *Con el amor no basta*. (pp. 110- 119). México: Paidos.

Bersanelli, V. (2003). *Manual de psicología*. (pp. 75- 98). México: Editorial Técnica.

Bonnefy, I. (1981). *Diccionario de las mitologías y d elas religiones de las sociedades tradicionales del mundo antiguo*. (p. 235). España: Ed. Ensayos.

Boyd, J., & Greiger, R. (2002). Problemas de autoaceptación. In R. Greiger, *Terapia Racioanl Emotiva*. (pp. 165-180) (pp. 165-180). México: desclée de brawer.

De Bustos, E. (2004). *Lenguaje, comunicación y cognición: temas básicos*. (pp. 76- 98). Madrid: UNED.

Ellis, A. (2002). Principios teoricos y conceptuales de la terapia racional emotiva. . In A. Ellis, *Manual de Terapia Racional Emotiva* (pp. 19- 96). México: Desclée de Breuer.

Fisher, H. (2004). *Por qué amamos: Naturaleza y quimica del amor romántico*. (p. 58- 60). California, E.U.: scientificcommouns.

García, N. (2012). *Estilos de amor y funcionalidad familiaren pacientes del UMF 28 del IMSS Gabriel Mancera*. (pp. 65- 71). Tesis no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autonoma de México; México.

- González, C. (2011). ¿Que es eso que llamamos amor? *A tu salud* , 73- 78.
- González, M. E. (2008). ¿Qué es eso que llamamos amor? *A tu salud* , 72- 78.
- Guillaume, P. (2003). *Manual de psicología*. (pp. 223- 240). Bogotá: Paidós.
- Hecheburúa, E., de Corral, P., Fernandez, J., & Amor, P. (2004). ¿Se puede y se debe tratar a los hombres violentos? *Papeles del psicólogo* . , 10- 18.
- INEGI. (2011). [www.inegi.gob.mx/estadisticas/matrimonios](http://www.inegi.gob.mx/estadisticas/matrimonios). Retrieved 2012 йил 29-enero from [www.inegi.gob.mx/estadisticas/matrimonios](http://www.inegi.gob.mx/estadisticas/matrimonios)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). La química del amor. *A tu Salud* .
- Jung, C. (2005). *Sobre el amor*. (pp. 23- 36). Madrid: Trotta.
- Kaplan, H. (2003). *La nueva terapia sexual t.2*. (pp. 51- 74). México: Alianza.
- Lentz, L. (2011). Diez claves para registrar la violencia doméstica. *Nursing* , 25- 6.
- Lopez, E. (2002 йил 19-Abril). Sansón, el jardín de asfódelo. México, México: Imagine Press Ediciones.
- Martínez, M. (2009). *Regulación emocional en las fases de amor pasional*. (pp. 21- 26). Tesis no publicada, Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; México.
- Masters, J., & Jhonson, V. (2003). *Incompatibilidad sexual humana*. (pp. 34- 39). Buenos aires: Intermédica.
- Matud, M. d. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo* , 1- 9.
- Meichenbaum. (1988). Terapias cognitivo conductuales. (pp. 11- 19). In Linn, & Garske, *Psicoterapias contemporaneas, modelos y métodos*. (pp. 233- 269). Bilbao: Descleé de brouwer.
- Meyers, D. (2009). Psicología emocional. In Psicología. Michigan: estados Unidos.
- Morales, G. (2011). *El discurso del amor romántico como legitimación de la violencia psicológica*. (pp. 25- 36). Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ramírez, M. (2005). *Intervención de la terapia cognitivo conductual en los problemas de pareja*. Tesis de licenciatura no publicad, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Riso, W. (2007). *deshojando margaritas: del amor y otras malas costumbres* (pp. 34- 65). Buenos Aires: Norma.

Riso, W. (2011). *Manual para no morir de amor* (pp.21- 45). México: Norma.

Rojas, A. (1998). terapia sexual: Un caso de eyaculación precoz. *Revista electrónica d epsicología Iztacala* , 1- 6.

Rosales, G. (2008). La fórmula química de cupido. *Revista digital universitaria* , 1- 6.

Rosales, J. (2010). *Muerte y teoría del aprendizaje social* (pp. 25- 57, 62- 78). Tesis de licenciatura no publicada, facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rueda, A. (2009). *Un acercamiento a la perspectiva social del amor, a travez de la literatura* (pp. 34- 56). Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacioanl Autónoma de Méxcico, Mexico.

Sánchez, R., & Diaz, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de psicología* , 257- 277.

Social, I. M. (2009). *Guía de práctica clínica para diagnosticar y tratar la depresión*. Recuperado el 20 de Agosto de 2013, de [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

Vargas, J. A. (2008). Psicología clínica: intervención interconductual en el contexto clínico (IICC). *Revista electrónica de psicología Iztacala* , 64- 87.