

Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales

María de la Villa Moral Jiménez* y Carlos Sirvent Ruiz**

* Universidad de Oviedo

** Fundación Instituto Spiral (Madrid y Oviedo)

Recibido: 19/07/2013 · Aceptado: 11/07/2014

Resumen

En este estudio se describen los principales objetivos psicoterapéuticos en *dependencia emocional*, *codependencia* y *bidependencia* de acuerdo con una visión comprehensiva integradora de los factores determinantes de las dependencias sentimentales. Nuestra propuesta etiológica se articula en torno a tres componentes *adictofilicos*, *vinculares* y *cognitivo-afectivos*. El plan de actuación consta de una primera parte evaluativa multifrontal y una segunda en la que se diseñan las estrategias terapéuticas propiamente, que culmina en reevaluaciones sucesivas. En el proceso de anamnesis se emplea metodología cualitativa, ofreciéndose como ejemplo ilustrativo el caso de la calificada como *Espina de Ishikawa*. En la propuesta de intervención se integran medidas psicoterapéuticas sustentadas en modelos de corte cognitivo-conductual con otras de entrenamiento psicosocial, tanto en psicoterapia individual como grupal. Finalmente, se proponen líneas prospectivas de actuación en el tratamiento integral de las dependencias sentimentales.

Palabras Clave

Adicciones sociales, Dependencias sentimentales, Dependencia emocional, Codependencia, Bidependencia, Psicoterapia.

— Correspondencia a: _____
María de la Villa Moral
E-mail: mvilla@uniovi.es



Abstract

This study describes the main psychotherapeutic objectives in Emotional Dependence, Codependence and Bidependence, according to a comprehensive integrating vision of the determining factors of Sentimental Dependencies. Our proposed etiology is structured around three components: *addictive, relational and cognitive-affective*. The action plan consists of a first multi-frontal evaluative part and a second section in which the actual therapeutic strategies are designed, culminating in successive reassessments. Qualitative methodology is used in the process of anamnesis, offering the case of the *Ishikawa Thorn* as an illustration. The proposed intervention integrates psychotherapeutic measures, based on cognitive-behavioral models with others of psychosocial intervention in both individual and group psychotherapy. Finally, we propose prospective lines of action in the comprehensive treatment of Sentimental Dependencies.

Key Words

Social Addiction, Sentimental Dependencies, Emotional dependence, Codependence, Bidependence, Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

El estudio del amor ha sido considerado tradicionalmente como una *temática menor* desde la Psicología Social (Jiménez Burillo, 1991; Sangrador, 1993), si bien el interés investigador se ha incrementado en la última década con aproximaciones a la *psicología del amor* tales como las propuestas por Chiappo (2002) o Willi (2004), análisis sobre las historias de pareja y su devenir analizadas por Sternberg (1986, 1987, 2003; Sternberg & Kaufman, 2011) o abordajes eminentemente psicosociales (Yela, 2000). A su vez, la psicopatología del amor ha sido objeto de análisis atendiendo al estudio de las *dependencias sentimentales o afectivas* (véase Moral y Sirvent, 2008; Sirvent, 2004; Sirvent, Moral, Blanco y Suárez, 2014) que representan un grupo de trastornos difíciles de asimilar a las categorizaciones convencionales

DSM y CIE, si bien su entidad está documentada, tal y como se puede comprobar en la literatura especializada sobre el tema (Delgado y Pérez, 2003, 2004; Lemos y Londoño, 2006). En concreto, en la comunidad científica la dependencia emocional ha sido concebida como un síntoma asociado a trastornos del eje I (Davila, Steinberg, Kachadourian, Cobb & Fincham, 2004; Sanathara, Gardner, Prescott & Kendler, 2003) y como una característica de algunos trastornos del eje II (Bornstein, 1998) (véase Lemos, Jaller, González, Díaz y De la Ossa, 2011).

En virtud de los criterios clasificatorios de las *dependencias relacionales* distinguimos entre las calificadas como *dependencias relacionales genuinas* (dependencia emocional, adicción al amor y dependencias atípicas), esto es, con identidad propia, y las *mediatizadas* calificadas como coadicciones (codependencia y bidependencia)



que se consideran como secundarias a trastornos adictivos, así como las dependencias situacionales (Moral y Sirvent, 2008; Sirvent, 2004). Los vínculos interpersonales en las relaciones de pareja pueden desvirtuarse y ser tendentes a la manifestación de posesividad y desgaste energético psicofísico intenso, transformándose en voracidad de amor, en el caso de los *dependientes emocionales* (Moral y Sirvent, 2009). Se perpetúa un vínculo toxicofílico e hiperestimulador con tropismo hacia relaciones intensas en *bidependientes* (Sirvent, 2004) y en el caso de los *codependientes* muta en una confusión entre lo que se siente, se necesita y se desea, con una vida relacional focalizada en el otro, con un comportamiento proteccionista e hiperresponsable (Moral y Sirvent, 2010).

Nuestra propuesta etiológica de los trastornos relacionales se articula en torno a tres componentes generales: 1º *Adictofílicos* (que asemejan al dependiente afectivo a un adicto convencional): 1.a) Necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental, 1.b) Vacío emocional, 1.c) Craving o anhelo intenso de la pareja, 1.d) Síntomas de abstinencia en su ausencia, 1.e) Búsqueda de sensaciones; 2º *Vinculares* (patología de la relación): 2.a) Apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía, 2.b) Rol ejercido (subordinado o antidependiente, sobrecontrol, pseudoaltruismo, orientación rescatadora, juegos de poder), 2.c) Estilo relacional (acomodación al status patológico) y, finalmente, 3º *Cognitivo-afectivos* (psicopatología asociada): 3.a) Mecanismos de negación y autoengaño, 3.b) Sentimientos negativos (inescapabilidad emocional, abandono, culpa) y 3.c) Integridad del yo (asertividad, límites, egotismo). Relacionado con lo anterior se incide en la

manifestación de *problemas emergentes*, estos es, síntomas que el sujeto percibe y por los que suele pedir ayuda a los profesionales, tales como: depresión adaptativa, trastorno de ansiedad con inseguridad, obsesividad, duelo no resuelto, etc. (Sirvent y Moral, 2007). Asimismo, en la problemática de las dependencias sentimentales se constata la importancia de unas adecuadas habilidades, destrezas, recursos, competencias, etc., a nivel emocional y afectivo como herramientas de autoconocimiento y vinculación interpersonal, abogándose por la necesidad de optimizar nuestros recursos socioafectivos como condición *sine quanon* para mejorar nuestra salud personal y relacional. Y es que, dada la multidimensionalidad del objeto de estudio, ha de abogarse por una visión comprensiva integradora de los factores determinantes de las dependencias sentimentales, ya que cualquier conducta humana supone la imbricación de múltiples estructuras a distintos niveles (biológico, psicológico, psicosocial, grupal, comunitario, macrosituacional, etc.), que por necesidad han de ser contemplados de forma no excluyente, sino como elementos de cuya interdependencia surge cualquier conducta específica. De este modo, como base de un análisis comprensivo y de un tratamiento integrador resulta inexcusable la colaboración interdisciplinar.

Expuesto lo anterior, nuestro objetivo se concreta en ofrecer una propuesta original de intervención psicoterapéutica en dependencias sentimentales, en la que se integran medidas sustentadas en modelos de corte cognitivo-conductual con otras de entrenamiento psicosocial tanto en psicoterapia individual como grupal que está siendo aplicada por el



equipo interdisciplinar de *Fundación Instituto Spiral* en el tratamiento en los dependientes sentimentales.

PROPUESTA DE ACTUACIÓN INTEGRAL EN DEPENDENCIAS SENTIMENTALES

Nuestra propuesta de intervención psicosocial en dependencias sentimentales en las relaciones de pareja se orienta al entrenamiento en adquisición y/u optimización de habilidades relacionales, estrategias comunicativas y competencias emocionales (asertividad, control emocional, autorregulación, confiabilidad, canalización de impulsos, gratificación prolongada, etc.) tanto a nivel terapéutico individual como, sobre todo, en terapias grupales. Todo ello enlaza directamente con la inteligencia emocional (IE) intra e interpersonal (Gardner, 2003, 2008; Goleman, 1995, 2006; Mayer & Salovey, 1997). Baste recordar la celeberrima definición de inteligencia emocional aportada por Goleman (1995, p. 89) en los siguientes términos: "*capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones*" y reformulada hasta conceptualizarla como (1998, p. 98) "*capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales*". Dado que un análisis exhaustivo de esta temática concreta excede nuestras pretensiones se remite a la revisión de García-Fernández y Giménez-Mas (2010) en la que se clasifican las propuestas sobre inteligencia emocional en: a) *modelos mixtos* (Goleman, 1995) en los que se incluyen rasgos de personalidad como el control

del impulso, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o la persistencia; b) *modelos de habilidades* (Mayer & Salovey, 1997) que fundamentan el constructo IE en habilidades cognitivas para el procesamiento de la información emocional que el individuo ha de potenciar, en base a la práctica y, c) *otros modelos* en los que se incluyen habilidades cognitivas, rasgos de personalidad y otros constructos adaptados a distintos ámbitos.

Resulta básico el entrenamiento en habilidades de relación interpersonal, en destrezas socioafectivas y en habilidades emocionales intrapersonales como la asertividad, así como en la aceptación de la identidad personal y psicosocial de las personas con problemas sentimentales, y relacionales por extensión, con la superación optimizante de los conflictos identitarios (identificación, ego rígido, ego débil) y el fortalecimiento de la autoestima. Específicamente, en un análisis comprehensivo de los factores determinantes del constructo *dependencia emocional* ha de incidirse en la influencia de la identidad (dimensión evaluada *caracterosis*) y de la autoestima que pueden actuar como variables mediadoras de la relación entre la inteligencia emocional y los conflictos relacionales al nivel descrito. Así, mientras una baja autoestima se asocia con distorsiones de la identidad, sentimientos de apatía y pasividad, los individuos con una alta autoestima tienden a ser más resolutivos, con mayores sentimientos de control sobre las circunstancias y mayor ajuste emocional (Lefevre & West, 1981). A este respecto, según Bishop (2000), los déficits en autoestima se asocian a comportamientos no asertivos. Por otra parte,



las personas asertivas ejercen autocontrol sobre sus acciones y sobre su estado emocional, hallándose relaciones positivas entre asertividad y autoconcepto (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003) mediada por la autoestima social como predictor de asertividad. Asimismo, las habilidades para comunicarse actúan como predictoras y mediadoras de la inteligencia emocional intrapersonal, específicamente de la asertividad (Kukulu, Buldukoglu, Kulakac & Koksall, 2006).

Otra área de interés desarrollada en nuestra propuesta de intervención consiste en intervenir sobre el constructo *locus de control*. En el perfil de los dependientes emocionales se ha fundamentado la importancia de patrones consistentes de locus de control interno/externo y de los mecanismos de culpa intra y extrapunitivos asociados con indicadores de bienestar/desajuste psicológico con tendencias ya sea a la manifestación de mayor estabilidad en el caso del empleo del locus de control interno o de mayor grado de agresión y dominancia en el caso del externo (Österman, Björkqvist, Lagerspetz et al., 1999).

Los dependientes emocionales suelen mostrar menos iniciativa en las relaciones interpersonales, tienden a interactuar con un menor número de personas al focalizar su atención en el sujeto del que dependen, lo cual puede que suponga una menor frecuencia de contactos sociales motivado por sus niveles de dependencia. Todo ello estaría mediado por sus déficits motivacionales, los desajustes identitarios, su baja autoestima y otros descriptores sintomáticos descritos. Recordemos que, según Caballo (1997), podría hablarse de dos estilos comportamentales: uno de ellos propio

de individuos que se comportan de *forma pasiva e inhibida* no ejerciendo su derecho a expresar sus ideas, opiniones, sentimientos y necesidades para evitar posibles conflictos y otro el de aquellos que hacen uso de un *estilo agresivo* mediante el que no se toman en consideración los derechos de los demás a ser tratados con respeto. En este sentido, si bien la conducta pasiva se encuentra relacionada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y sobre todo, con baja autoestima, mediante la conducta agresiva se violenta la expresión de las emociones e intereses propios. Específicamente, en el caso descrito se ha constatado el empleo de la manipulación y el chantaje emocional, los juegos de poder, control y dominio (véase Neidharet, Weinstein & Conry, 1989) (recogido por Naranjo, 2008). Por tanto, en nuestra propuesta de intervención a nivel psicosocial el entrenamiento en *mecanismos de afrontamiento* en las relaciones de pareja e interpersonales también es básico. Se valora que en el *continuum* entre sumisión y agresividad se halla la asertividad como mecanismo de autoexpresión franca y de responsabilidad interpersonal.

A partir de la revisión de la literatura sobre el tema, en el tratamiento de las dependencias sentimentales resulta de sumo interés el planteamiento de Sternberg (1986, 1987) formulado en su célebre *teoría triangular del amor*. A título ilustrativo se recoge su propuesta de algunas fórmulas terapéuticas:

- a) Comprender y apreciar el papel de las historias en el amor.
- b) Intentar deducir cuál es nuestra propia jerarquía de historias.



- c) Descubrir la jerarquía de historias de nuestra pareja.
- d) Considerar las similitudes entre nuestra historia ideal y la historia que vivimos.
- e) Intentar maximizar las características positivas de las historias y minimizar las negativas.
- f) Ser conscientes de que a pesar de que las historias nos condicionan a la hora de escoger a nuestras parejas y mantener relaciones, en ningún momento las controlan. Está en mi mano decidir quien será mi pareja.
- g) Comprender que las historias influyen tanto en los acontecimientos que tienen lugar en las relaciones, como en las interpretaciones de los mismos. No existe una interpretación "correcta" de los hechos.
- h) Ser conscientes de que las historias se escriben y reescriben constantemente.
- i) Darse cuenta de que un determinado tipo de historia puede contar con muchas variaciones.
- j) Comprender que es difícil, pero no imposible, cambiar las historias.

Como relación de medidas en el proceso instaurado de dependencia emocional Mansilla (2001) propone las siguientes consignas:

- a) Reconocer la existencia del problema;
- b) Desprenderse emocionalmente de los problemas de los demás;
- c) Responder con acciones y no con preocupación;
- d) Centrar la atención y energía en la propia vida y no en el otro;
- e) Asumir su responsabilidad sin sentimiento de culpa;
- f) Salir del ambiente

familiar abriéndose a otros círculos; g) Duelo: elaborarlo en base a relaciones perdidas explorando sentimientos asociados y ventajas y desventajas de esa relación; h) Disputas personales. Abordar relaciones alteradas y negocio de diferencias con miembros familiares; i) Déficits interpersonales (aislamiento y empobrecimiento social); j) Transiciones de rol: dificultades de afrontamiento y, finalmente, k) El final del proceso podría ser un período de separación, despedida y duelo, de modo que se refuerzan sentimientos de independencia del paciente y su capacidad para abandonar y ser abandonado.

Otro experto en la materia como Riso (2004, 2006) incide en las siguientes fórmulas terapéuticas a objeto de evitar la justificación del poco o nulo amor recibido, de la tendencia a minimizar los defectos de la pareja o relación, de la no resignación a la pérdida, del alejamiento parcial de la persona de la que se depende y de la persistencia en recuperar al amor perdido. Se parte del *principio del realismo afectivo* mediante el cual se intenta neutralizar el autoengaño, dado que el dependiente emocional trata de excusar o justificar el poco o nulo amor recibido ("Me quiere pero no se da cuenta", "Esa es su manera de amarme"), así como minimizar los defectos de la pareja o relación ("Nadie es perfecto", "No es tan grave" "No recuerdo que haya habido nada malo") y de no resignarse a la pérdida, creyendo que todavía hay amor donde no lo hay ("Todavía me llama", "Todavía no tiene otra persona o está disponible") o bien persistiendo en recuperar un amor perdido ("Intentaré nuevas estrategias de seducción", "Mi amor y comprensión lo curarán"). Como fórmulas



terapéuticas propuestas por Riso (2004) se incide en el principio de autorrespeto y dignidad y en el de autocontrol consistente, asimismo, se insiste en la conveniencia de eliminar toda forma de autocastigo y en el de potenciar el control de estímulos o las buenas evitaciones.

Específicamente, en lo relativo al tratamiento integral de las dependencias sentimentales, en nuestra propuesta se parte de una serie de consideraciones previas de interés (Sirvent, 2004):

- Constatación de la dificultad del dependiente emocional para ubicarse en la referencia del otro (ponerse en su lugar). Esto –unido a su intención de que los demás respondan a sus expectativas– aboca a una situación de inmovilismo reticente.
- La *ceguera* hacia el otro se podría explicar por la conjunción de ilusiones y/o atribuciones, hedonismo, y expectativas. A la tendencia a cometer sesgos atributivos en relación a los desajustes relacionales, se suma la fuerza de la costumbre.
- El desencanto derivado del dolor por la pérdida bloquea el raciocinio en pro del pensamiento narrativo. El *lenguaje de los sentimientos* (proyectado en el grupo o en las sesiones individuales) ayuda a recuperar el pensamiento racional y conduce a encontrar claves explicativas.
- Para la mejor respuesta terapéutica, es más eficaz la perseverancia comportamental (consignas) que la argumentación cognitiva.
- Importancia de dar pasos adelante que abocan a nuevas situaciones. Cuando la situación última tiene cierto recorrido, la reevaluación desde esta distancia obra el

cambio mejor que la más sofisticada técnica soportada en la simple dialéctica.

- Las historias (ideal, actual, pasadas) son (re)creaciones subjetivadas, de ahí la importancia de trabajar los sesgos tanto perceptivos como atribucionales.
- En los grupos de dependencia sentimental se observa la capacidad de cada cual para objetivar los problemas del otro permaneciendo ciegos para el propio (*autoengaño*). De ahí la importancia de dar pasos, aunque sea basándose en la referencia ajena.
- Ayuda educar indirectamente para la autonomía para neutralizar el apego dependiente, dadas las ventajas psicosociales de la tendencia a interrelacionarse más y en condiciones óptimas.

Respecto al *proceso* incidimos en los siguientes aspectos (Sirvent, 2004):

- La importancia de cobrar conciencia del problema. El mero hecho de solicitar ayuda es un gran paso, si bien se puede acudir con una conciencia errónea o insuficiente del problema.
- El siguiente paso es adquirir una mayor conciencia del problema. Dimensionarlo, reevaluarlo cuantas veces sean precisas y digerirlo poco a poco. El grupo obra de amplificador de conciencia y filtro perceptivo para el autoengaño. También es un importante catalizador de las primeras iniciativas.
- A continuación se deben acometer acciones de cierta envergadura (ya desde la primera sesión se realizan las más accesibles) sirviéndose de la fuerza especular del grupo o de la plataforma creada desde su nueva



situación. Para ello se fijan objetivos y métodos de aplicación realistas y progresivos

- Sobrevienen *insights* y crisis evolutivas que van imprimiendo carácter. Las decisiones se sopesan más y se es más consciente tanto de la real situación como de las fuerzas propias para afrontarlo. Las reevaluaciones son procesuales y automáticas. En algunos casos empieza el duelo.

- La decisión serena y meditada de reconstruir o romper la relación es ya un hecho, así como la toma clara de conciencia de afrontamiento.

Basado en lo anterior, a continuación se explicitan las propuestas de objetivos psicoterapéuticos para el caso concreto de la *dependencia emocional* (Tabla 1), *codependencia* (Tabla 2) y de la *bidependencia* (Tabla 3).

Tabla 1. Objetivos psicoterapéuticos en Dependencia emocional

OBJETIVOS PSICOTERAPEÚTICOS EN DEPENDENCIA EMOCIONAL

Sustratos definitorios

- a) Posesividad y el desgaste energético psicofísico intenso
- b) Incapacidad para romper ataduras
- c) Amor condicional (dar para recibir)
- d) Pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro)
- e) Desarrollo de un locus de control externo
- f) Conciencia escasa o parcial del problema
- g) Voracidad de cariño/amor
- h) Antidependencia o hiperdependencia del compromiso
- i) Experimentación de desajustes afectivos en forma de Sentimientos Negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono)

Objetivos terapéuticos:

- 1) Aprender a ser autónomo. Liberarse del sentimiento de desprotección. Superar las ideas tradicionales al respecto.
- 2) Vislumbrar y afianzar la necesidad de cambio.
- 3) Asumir constructivamente la propia culpa, sin exculpaciones ni autorreproches infructuosos.
- 4) Aprender a sentirse bien sin necesidad de complacer.
- 5) Aprender a decidir por sí mismo siendo consecuente, es decir llevando a cabo lo propuesto.
- 6) Deshabitación y recuperación sociopática.
- 7) Estrategias contra el vacío y el aburrimiento.
- 8) Aprender a conformarse, buscar alternativas.
- 9) Aprender a estar con otros para poder estar solo luego.
- 10) Recuperación o adquisición de la propia identidad.
- 11) Estabilización anímica.
- 12) Autonomía. Recuperación de la propia identidad.



Tabla 2. Objetivos psicoterapéuticos en Codependencia

OBJETIVOS PSICOTERAPEÚTICOS EN CODEPENDENCIA

Sustratos definitorios Cermak DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos:

- a) Inversión continuada de tiempo en intentar desarrollar habilidades de control de uno mismo y de los demás con serias consecuencias adversas. En definitiva, intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás
- b) Asunción de responsabilidades en el conocimiento de las necesidades ajenas hasta el punto de obviar las propias (autonegligencia)
- c) Ansiedad
- d) Implicación en relaciones personales con sujetos que presentan trastornos de la personalidad, químicodependientes, codependientes o trastornos de impulsividad.
- e) Distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad

Objetivos terapéuticos:

- 1) Tomar conciencia del control y no obsesionarse. Respetar la independencia propia y de los demás.
- 2) No hiperimplicarse. Atenderse más y mejor a sí mismo.
- 3) Neutralización de agentes estresores y de la propia ansiedad.
- 4) Trabajar la dependencia emocional.
- 5) Sustituir hiperestimulación por satisfacción.

Tabla 3. Objetivos psicoterapéuticos en Bidependencia

OBJETIVOS PSICOTERAPEÚTICOS EN BIDEPENDENCIA

Sustratos definitorios:

- a) Capacidad de decisión anulada o disuelta en el otro
- b) Sojuzgamiento y sometimiento
- c) Parasitismo y chantaje emocional
- d) Instrumentalización de la relación (utilización de los demás)
- e) Repiten este comportamiento con sucesivas parejas
- f) Necesitan a los demás para sentirse completos
- g) Manipulan sentimientos del otro jugando con la culpa y el reproche
- h) Piden amor incondicional (tiranía)
- i) Tanto en sujetos con adicción actual como en exadictos

Objetivos terapéuticos:

- 1) Adopción activa de decisiones. No delegar responsabilidades.
- 2) Cobrar conciencia de que se es así (parasitador). Recuperación del sentido ético. Aprender a ser autónomo, activo, respetar y no extorsionar.
- 3) Averiguar factores de reiteración y trabajarlo.
- 4) Estabilización anímica.
- 5) Deshabitución.
- 6) Reevaluación autoimagen. Fomento autonomía.
- 7) Recuperar la honestidad sentimental. Trabajar la percepción y manejo de la culpa.
- 8) Cobrar conciencia del problema. Saneamiento del amor.



En nuestra propuesta de tratamiento de las dependencias sentimentales se integran medidas psicoterapéuticas sustentadas en modelos de corte cognitivo-conductual, con especial interés en mecanismos de reestructuración cognitiva. Se complementan con otras medidas de entrenamiento de tipo psicosocial, tales como mejora de las habilidades sociales, fortalecimiento de las competencias emocionales, optimización de los recursos de inteligencia emocional intrapersonal y desarrollo de habilidades y actitudes de vinculación interpersonal en condiciones de igualdad, de especial significación en las propuestas de psicoterapia grupal. Con la psicoterapia grupal se facilita el abordaje de la patología relacional escenificada en la interacción con los demás, de manera que el grupo terapéutico proporciona un referente que contrarresta con eficacia las distorsiones perceptivas y atributivas de los dependientes sentimentales. El trabajo en psicoterapia grupal constituye un valioso recurso que posibilita la obtención de valoraciones y reinterpretaciones aportadas por los compañeros en la actividad psicoterapéutica. En este sentido, de acuerdo con Palacios (2006), se incide en el hecho de que la psicoterapia en grupo:

- a) permite intervenir sobre las *áreas básicas*, esto es, *dependencia, desvitalización, descontrol y mixtificación* (Sirvent, 1991). Así, en el plano intrapsíquico la psicoterapia de grupo nos permite incidir en tales alteraciones con el objetivo de que los sujetos introyecten una imagen de autonomía y de consistencia psicológica, así como les reorienta en la dirección de ser más realistas y objetivos consigo mismos, les ayuda a eliminar las distorsiones que acompañan su autoconcepto y afianza su sensación de protagonismo sobre lo que les acontece;
- b) la psicoterapia grupal contribuye a un *uso terapéutico de las relaciones télicas y análisis e intervenciones sobre las transferencias*. El grupo proporciona a los dependientes sentimentales tanto un espacio de exploración y de aprendizaje de nuevas vinculaciones y un entrenamiento relacional con minimización de interferencias y obstáculos, así como una posibilidad de analizar sus maneras particulares de atribuir, comunicar y comportarse al compartir su biografía personal con sus compañeros/as;
- c) en tercer lugar, la psicoterapia en grupo posibilita la *intervención sobre roles específicos*, tanto con el fortalecimiento de los roles adaptativos del sujeto como reconstruyendo de modo óptimo sus estilos relacionales;
- d) el *desarrollo de la capacidad empática y vincular con los otros*, de manera que durante las sesiones grupales se trata que sean los propios participantes quienes ejerzan de "terapeutas" los unos de los otros superando la ceguera patológica relacionada con el autoengaño, y, asimismo,
- e) la *resocialización del dependiente relacional* en un sentido más amplio, de modo que la psicoterapia de grupo potencia la creación y/o restauración de una matriz social adecuada facilitándose no solo el proceso de recuperación, sino el de (re) integración psicosocial efectiva.



En el proceso de anamnesis es sumamente importante el empleo de la metodología cualitativa en la investigación sobre dependencias sentimentales. Ciertamente, la investigación cualitativa puede generar información relevante, máxime cuando los resultados de la investigación cuantitativa están abiertos a una posible interpretación simplista (Neale, Nettleton & Pickering, 2011). Es más, el propio acto evaluatorio (historia clínica, aplicación de protocolos, entrevista de anamnesis, etc.) representa por sí mismo un primer paso terapéutico, de manera que en la psicoterapia del autoengaño la evaluación y el registro cotejado progresivo son elementos cruciales. El plan de actuación sobre el autoengaño patológico se organiza con una primera parte evaluativa multifrontal y una segunda en la que se diseñan las estrategias terapéuticas propiamente, que culmina en reevaluaciones sucesivas. En concreto, se propone el abordaje psicoterapéutico del autoengaño en torno a tres ejes complementarios: evaluativo, didáctico y técnico (Sirvent, Rivas, Blanco, Palacios y Moral, 2008).

De la ingente cantidad de información recopilada mediante diversos protocolos, tales como la historia autobiográfica integradora, los protocolos abiertos, la historia psicosocial *ad hoc*, así como los protocolos de participación en terapias en grupo, toda esta documentación es de interés para el estudio integral de tales dependencias. Específicamente, en Psicología Social las *Historias de vida* cuentan con una fructífera tradición deudora del célebre hito que supusieron los estudios de Thomas y Znaniecki en *The polish peasant in Europe and America* (1918-1920, ed., 1954). En este sentido, siguiendo a Wisniewska (2010),

como ejemplos de lo que hoy denominamos "método biográfico-narrativo", las historias de vida, construidas por los investigadores a partir de los relatos de las personas, analizados y contrastados mediante triangulación con otras técnicas de recogida y análisis de datos son de suma significación psicosocial.

A título ilustrativo, se presenta un ejemplo del empleo de la calificada como *Espina de Ishikawa* que constituye una forma de sistematizar la información y organizar eficazmente la metodología de trabajo. La forma en que se establecen bipolos positivos y negativos y, sobre todo, la creación de una estructura arborescente nos permite acceder a las ramas más diminutas para diseccionar en elementos perfectamente accesibles las unidades básicas de trabajo. A partir de ahí, y en un recorrido inverso, se van recomponiendo ramas cada vez mayores hasta llegar al elemento troncal. En nuestro caso, se emplea a modo de estrategia didáctica que sirve para sistematizar y contemplar globalmente tanto el perfil de dependencia y autoengaño de cada sujeto como el plan de trabajo a implementar (recogido en Sirvent, Rivas, Fernández, Blanco, Palacios y Delgado, 2008; Sirvent, Moral y Blanco, 2011). En la Tabla 4 se explicitan las fases, utilidad y claves interpretativas de la *Espina de Ishikawa*.

En los casos de los dependientes sentimentales lo habitual es que la motivación para solicitar ayuda no se acompañe de una adecuada conciencia del problema porque el miedo a la pérdida del otro distorsiona la manifestación de un adecuado *locus de control*. De este modo, el autoengaño representa una primera barrera cognitiva que impide acceder a una meridiana conciencia del problema. Asimismo,



Tabla 4. Fases y utilidad de la Espina de Ishikawa

ESPINA DE ISHIKAWA: FASES Y UTILIDAD

Fases:

Definir las características del problema.

Escribir el problema y dibujar la espina principal.

Identificar las categorías que ocasionan la aparición del problema y dibujar una gran espina para cada una.

Identificar las posibles causas de cada categoría.

Subdividir cada categoría principal en secundaria, ésta en terciaria y así hasta dar con unidades elementales que sean subsidiarias de resolver a corto plazo.

Contraponer a cada categoría y subcategoría una compensación antagónica de signo positivo.

Según se van superando procesos de dependencia y autoengaño se reelaboran nueva espina adecuada a la situación evolutiva del sujeto.

Utilidad:

Determinar factores involucrados en un problema.

Se puede aplicar en múltiples ámbitos.

Aporta datos objetivos de interés para el proceso psicoterapéutico.

4. Se puede utilizar para analizar causas o soluciones.

el autoengaño afecta a la motivación en forma de racionalizaciones distorsionadas en contra de una toma de decisiones activa y resolutive. Ante la perspectiva de tener que enfrentarse, incluso llegando a romper con la persona amada, el autoengaño proporciona razones para no hacer nada, es decir “motiva en contra” o “desmotiva a favor” como se prefiera. De este modo, mediante la citada *Espina de Ishikawa* se trataría de ir desmontando poco a poco argumentos cognitivos y dando fuerza motivacional para que el dependiente sentimental tenga una percepción clara y rotunda de lo que le ocurre, y, lo que es más importante, sea capaz de adoptar una decisión que en cualquier caso será costosa: o bien romper la relación o bien poner límites claros. Específicamente, concurrirían factores en virtud de

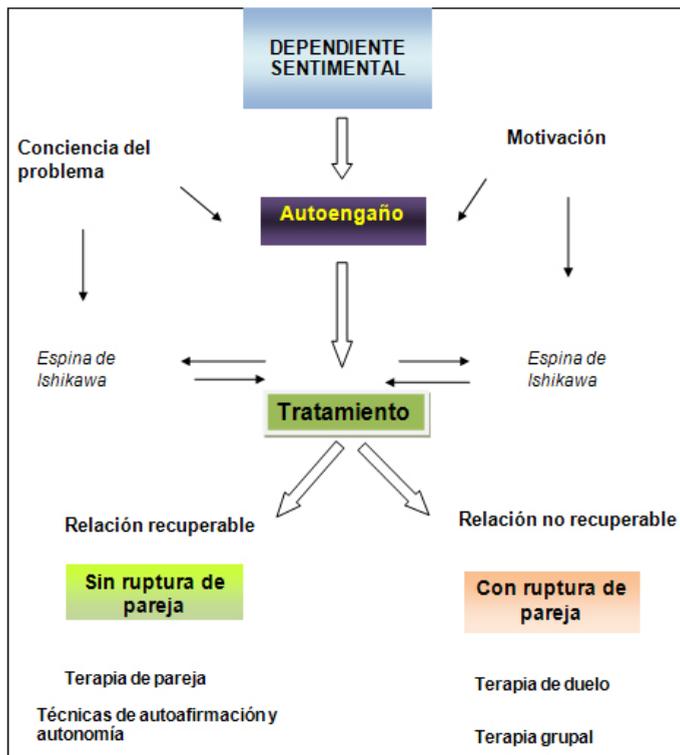
cuyo análisis interpretativo podrían darse dos opciones. En algunos casos de relaciones de pareja con dinámica relacional distorsionada se podría recuperar la relación si el dependiente sentimental recompone su yo y desmonta el autoengaño, y al mismo tiempo se reeduca a la pareja en el mismo sentido, con lo que cabría una intervención restitutiva combinando psicoterapia individual con terapia de pareja. La *Espina de Ishikawa* serviría para elucidar sus elementos de autoengaño: percepción distorsionada del otro, conductas absurdas y disruptivas, conciencia del rol que ocupa en la relación y la naturaleza de la misma, etc. En la terapia de pareja se abordaría la dinámica relacional desequilibrada con incompreensión recíproca, celotipia y hábitos perturbados (juegos de poder, control del otro, etc.). La



terapia individual complementaria se orientaría a apuntalar, mediante técnicas de autoafirmación, la necesidad de ser autónomo y verdaderamente independiente en su adopción de medidas y decisiones. En otros casos, en perfiles de dependientes sentimentales con rasgos de bidependiente y codependiente con entrega incondicional e involucrados en relaciones conflictivas en las que incluso puede darse maltrato físico y/o psicológico resultaría dañino mantener la relación con la persona de la que se depende y, en consecuencia, median-

te la *Espina de Ishikawa* ha de dejarse patente semejante inconveniencia. Resulta fundamental el proceso de autoafirmación personal, cobrando toma de conciencia no solo de la necesidad de romper sino de adoptar dicha decisión. Para ello se iniciaría una auténtica terapia de duelo que tiene su ámbito de acogida preferente en la terapia de grupo como alternativa psicoterapéutica, dada la creación y consolidación de espacios de comprensión, solidaridad e identificación (véase Figura 1).

Figura 1. Proceso psicoterapéutico de la Dependencia Sentimental (Sirvent, 2004)





Nuestro plan de actuación sobre dependencia emocional y autoengaño patológico se organiza en ciclos estratégicos que culminan en reevaluaciones en las que se cambian (o mantienen) las medidas de intervención psicossocial y terapéuticas. A nivel psicoterapéutico se colabora en un equipo interdisciplinar, quedando demostrada la obtención de valiosos datos merced a la valoración que efectúen los compañeros en actividad psicoterapéutica desprovista de inculpación, máxime teniendo en cuenta la importancia del clima socioafectivo. Completaremos estos datos con la autoevaluación del propio sujeto en torno a la dependencia, a la naturaleza de sus recaídas y la posible influencia del autoengaño en las

mismas y a cuantos aspectos se consideren relevantes. Finalmente, se ofrece la ordenación por orden de importancia nosológica de las variables determinantes de la dependencia y del autoengaño encontradas a través de toda la evaluación multifrontal (Sirvent et al., 2008; Sirvent et al., 2011). Por tanto, la *Espina de Ishikawa* constituye un método sutil, minucioso y progresivo que de forma práctica y progresiva pueda desmontar en los dependientes sentimentales el autoengaño mediante el empleo, fundamentalmente, de estrategias cognitivas conductuales. Específicamente, en la Tabla 5 se explicitan los ciclos de nuestro plan de intervención sobre dependencia emocional y autoengaño.

Tabla 4. Ciclos del plan de intervención para la dependencia emocional y el autoengaño (Sirvent et al., 2008; Sirvent et al., 2011)

CICLOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

1.- Evaluación del nivel de autoengaño

Anamnesis específica.

- El sujeto describirá sus principales recaídas o involuciones anteriores y las causas próximas y menos próximas que le llevaron a dicha recaída.
- Escribirá la posible causa por la que recaería ahora.
- Escribirá la posible causa por la que recaería terminado la actual intervención integral.
- Aplicación de los inventarios IRIDS-100 e IAM-40.
- El equipo seleccionará los factores para trabajar teniendo en cuenta los más señalados a partir de las escalas y autoanálisis y las causas de recaída importantes en él (extraídas de historias de vida y autoanálisis).
- Al estar en tratamiento grupal, puede ser muy útil la valoración de los compañeros en actividad específica. Sirve para cotejar datos.
- Jerarquización de dimensiones y componentes de la dependencia y del autoengaño.

2.- Confección de espinas de Ishikawa

- Se confeccionará una espina de Ishikawa con los factores elegidos desmenuzados en unidades elementales. En el polo positivo se buscará el contrapeso terapéutico.
- Espinas secundarias 1, 2, 3, ..., de carácter operativo para hacer más fácil el trabajo.
- Con todo ello se trazará un plan de acción basado en metas-objetivos instrumentos y acciones para lograrlos así como el método de aplicación para concretar el trabajo terapéutico.
- Desarrollo de medidas derivadas de las espinas.
- Se revisarán objetivos superados progresando en la espina.

3.- Reevaluación

- Pasados 45 días se aplicarán de nuevo tanto el IRIDS-100 como el IAM-40 y se repreguntarán las preguntas 2 y 3 (Autoevaluación).
- Se confeccionará una nueva espina en función de los resultados repitiendo los ciclos 6, 7 y 8. Repetir ciclo pasados 2 meses y así sucesivamente hasta fin de tratamiento.

4.- Repetir los ciclos antes enunciados

- (3-4 ciclos suelen ser suficientes) hasta neutralizar las principales dimensiones y componentes alterados.



En suma, en el tratamiento integral de las dependencias sentimentales se valora como prioritaria la identificación de los signos clínicos y de la sintomatología emergente de los dependientes sentimentales a través de una completa anamnesis. Mediante los procesos complementarios de auto y heteroevaluación se va forjando la conciencia de problema, a la par que se trabajan diversas áreas de interés al triple nivel explicitado: componentes adictofílicos, vinculares y cognitivo-afectivos. De especial relevancia resultan objetivos psicoterapéuticos tales como eliminar la barrera del autoengaño y la mixtificación, fortalecer los mecanismos identitarios, reestructurar los desajustes relacionales motivados por los juegos de poder y, entre otros, estabilizar el estado de ánimo y la superación de la intolerancia a la soledad, así como el vacío emocional, la recreación de sentimientos negativos, la inescapabilidad emocional y la vivencia autodestructiva asociada a la relación conflictuada. La intervención psicosocial a nivel individual y grupal resulta fundamental, dado que el apoyo socioterapéutico proporciona al dependiente sentimental la capacidad de optimizar sus recursos socioafectivos intra e interpersonales. La intervención convencional recomendada con terapia de grupo es de un año y medio de duración durante noventa minutos semanales. Asimismo, como medida de actuación integral, la planificación de terapias familiares se efectuará en función del avance del plan de intervención para cada tipo de dependencia sentimental.

DISCUSIÓN

Es recomendable que los tratamientos psicoterapéuticos en adicciones, tanto quí-

micas como sociales, se basen en estrategias comprensivas multidisciplinares, incluyendo las intervenciones medicofarmacológicas, psiquiátricas, psicosociales y comunitarias, estimándose que esta combinación de terapias representa la mejor estrategia terapéutica, de acuerdo con agencias como el *National Institute on Drug Abuse* (2009, 2012).

Nuestra propuesta de intervención en dependencias sentimentales se basa en la aplicación de un modelo integrativo guiado por la experiencia clínica, la reflexión teórica y el sometimiento a reevaluación e investigación etiológica comprensiva de los constructos objeto de estudio. Se asume un modelo complejo de componentes multidimensionales y multidisciplinares basado en el empleo de técnicas cognitivo conductuales tales como la auto-observación y la reestructuración cognitiva asociada al entrenamiento en identificación de precipitantes y factores de riesgo, así como desarrollo de estrategias de afrontamiento. Lo anterior se complementa con terapia motivacional, técnicas de prevención de recaídas e intervención psicosocial basada en el entrenamiento en habilidades interpersonales y la optimización de la autogestión emocional de duración intensiva mínima de un año, con atención individualizada y participación en terapia grupal. Asimismo, no se desestima en la psicoterapia del autoengaño en adictos con patología dual el empleo de medidas integrales, entre las que se incluye, puntualmente, el tratamiento farmacológico. En este sentido, de acuerdo con Blanco, Fernández, Rivas y Sirvent (2007), se estima que el tratamiento farmacológico sintomático y sindrómico de los trastornos de la personalidad (TP) en sujetos



adictos es considerado un complemento sustancial y muchas veces imprescindible de la intervención psicosocial, que es la nuclear. Asimismo, se propone articular el abordaje farmacológico atendiendo a tres dimensiones sintomáticas: síntomas afectivos, cognitivos y de impulsividad-descontrol conductual (APA, 2013).

Ha de abundarse en la conveniencia de desarrollar *mejores prácticas* en el tratamiento de las dependencias sentimentales, de modo análogo a las propuestas por Uchtenhagen (2012) para el caso concreto de las toxicomanías, con el objeto de ofrecer una respuesta al aumento de la diversidad de las experiencias terapéuticas, así como atendiendo la diversificación de las directrices de la asistencia e incidiéndose en la eficacia y eficiencia de los enfoques terapéuticos. En semejantes propuestas de intervenciones optimizadas individualmente han de tomarse en consideración las cuestiones subyacentes que afectan a las personas implicadas, tales como profesionales, pacientes, familias y sociedad en general, máxime en problemáticas como esta en las que están implicada la visión estereotípica sobre el amor y el comportamiento de ayuda, procesos actitudinales diferenciales, perspectiva de género, imaginario colectivo, patones socioculturales, etc., de ahí la necesidad de investigar también los factores contextuales. Baste recordar a este respecto el interés que está generando la modalidad de tratamiento psicosocial *Matrix* en adicciones (véase Obert, Brethen & McCann, 2007; Obert, Rawson, McCann, Ling, & Minsky, 2006). Semejante modelo, recomendado por el citado *Nacional Institute on Drug Abuse* (2009,

2012), representa un modelo psicosocial comprensivo que incluye multitud de elementos psicoterapéuticos y de apoyo social que han hecho de él un modelo integral de tratamiento con cabida para la introducción de tratamientos médico-farmacológicos y psiquiátricos.

En el caso concreto de las dependencias sentimentales abogamos por la necesidad de potenciar la realización de estudios integradores mediante los que se consolide su entidad gnoseológica. Una actuación fundamental es de carácter evaluativo y comprensivo, así como de intervención psicosocial y comunitaria, promoviendo cambios actitudinales y en las representaciones sociales sobre los roles atribuidos a los miembros de la pareja. Para ello, potenciar la toma de conciencia de la situación e ir descubriendo coparticipadamente las pautas disfuncionales permite redimensionar cognitivamente la condición de dependencia, autoengaño, entrega y sobreimplicación incondicional, reiteración, identidad deteriorada, etc., como principales descriptores de tales problemáticas.

Específicamente, como líneas futuras de actuación en esta materia, se aboga por la necesidad de promover el diseño, implementación y evaluación de programas de optimización de nuestros recursos socioemocionales (véase Gardner, 2003, 2006; Goleman, 2006; Kaufman, Kaufman & Plucker, 2013; Sternberg & Kaufman, 2011), dada la importancia como factores protectores y de afrontamiento de una adecuada gestión emocional intra e interpersonal, no sólo a nivel rehabilitador, sino preventivo desde un posicionamiento eminentemente psicosocial en la problemática de las dependencias sentimentales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. Barcelona: Gedisa.
- Blanco, P., Fernández, C., Rivas, C. y Sirvent, C. (2007). Tratamiento médico-psiquiátrico de los trastornos de personalidad en adictos. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 381-407.
- Bornstein, R. F. (1998). Implicit and self-attributed dependence needs in dependent and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 71(1), 1-14.
- Caballo, V. E. (dir.) (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. I). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Chiappo, L. (2002). *Psicología del amor*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Davila, J., Steinberg, S. J., Kachadourian, L., Cobb, R., & Fincham, F. (2004). Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: The role of a preoccupied relational style. *Personal Relationships*, 11(2), 161-179.
- Delgado, D. y Pérez, A. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores a drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15(3), 381-387.
- Delgado, D. y Pérez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16(4), 632-638.
- García-Fernández M. y Giménez-Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Cuadernos del Profesorado* [en línea], 15 diciembre 2010, 3(6), 43-52.
- Garaigordobil, M., Cruz, S. y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, 113-134.
- Gardner, H. (2003). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Gardner, H. (2006). *Changing minds. The art and science of changing our own and other people's minds*. Boston MA.: Harvard Business School Press.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman D. (2006). *Inteligencia social*. Barcelona: Kairós.
- Jiménez Burillo, F. (1991). *Psicología social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Kaufman, J. C., Kaufman, S. B., & Plucker, J. A. (2013). Contemporary theories of intelligence. In J. Reisberg (Ed.), *The Oxford Handbook of Cognitive Psychology* (pp. 811-822). New York, NY: Oxford University Press.
- Kukulu, K., Buldukoglu, K., Kulakac, Ö., & Köksal, D. (2006). The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 27-40.



Lefevre, E. R., & West M. L. (1981). Asertiveness: correlations with self-esteem, locus of control, interpersonal anxiety, fear of disapproval, and depression. *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 6(4), 247-251.

Lemos, M. A. y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación de cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.

Lemos, M., Jaller, C., González, A. M., Díaz, Z. T. y De la Ossa, D. (2011). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios de Medellín. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395-404.

Mansilla, F. (2001). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, 80, 9-35.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3- 31). New York: Basic Books.

Moral, M. V. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 145-167.

Moral, M. V. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: Perfil sintomático diferencial en una muestra de dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230-240.

Moral, M. V. y Sirvent, C. (2010). Codependencia y heterocontrol relacional: el síndrome de Andrómaca. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 120-143.

Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27.

National Institute on Drug Abuse (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition)*. NIH publication <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>

National Institute on Drug Abuse (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. NIH publication. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>

Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2011). What is the role of harm reduction when patients say they want abstinence? *International Journal of Drug Policy*, 22, 189-193.

Neidhardt, J., Weinstein, M. y Conry, R. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid: Deusto.

Obert, J. L., Brethen, P., & McCann, M. J. (2007). *The Matrix Model for Teens and Young Adults Family Curriculum with DVD's*. Center City, Minnesota: Hazelden.

Obert, J. L., Rawson, R. A., McCann, M. J., Ling, W., & Minsky, S. (2006). *Matrix Model; Culturally Designed Client Handouts for American Indians/Alaskan Natives*. Los Angeles: Matrix Institute.

Österman, K., Björkqvist, K., Lagerspetz, K., Charpentier, S., Caprara, G., & Pastorelli, C. (1999). Locus of control and three types of aggression. *Aggressive Behavior*, 5, 61-65.

Palacios, L. (2006). Psicoterapia grupal de las Dependencias Racionales. *I Encuentro Profesional*



de Dependencias Sentimentales o Afectivas. 20 de enero de 2006, Madrid: Fundación Instituto Spiral.

Riso, W. (2004). *Pensar bien, sentirse bien*. Bogotá: Norma.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.

Sanathara, V. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2003). Interpersonal dependence and major depression: An etiological interrelationship and gender differences. *Psychological Medicine*, 33(5), 927-931.

Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5 (Supl. 1), 181-196.

Sirvent, C. (1991). *Programa terapéutico interno*. Madrid: Fundación Instituto Spiral.

Sirvent, C. (2004). La adicción al amor y otras dependencias sentimentales. Encuentros de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones, *Libro de actas* (pp. 159-161). Chiclana, España: Servicio Provincial de Drogodependencias.

Sirvent, C. y Moral, M. V. (2007). La dependencia Sentimental. *Anales de Psiquiatría*, 23(3), 93-94.

Sirvent, C., Moral, M. V. y Blanco, P. (2011). Vivir en el engaño. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. 1-28 Febrero.

Sirvent, C., Moral, M. V., Blanco, P y Suárez, G. (2014). Las coadicciones. Estudio descriptivo y psicopatología diferencial. 14º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. 1-28 Febrero.

Sirvent, C., Rivas, C., Fernández, C., Blanco, P., Palacios, L. y Delgado, R. (2008). Psicoterapia

del Autoengaño. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría *Interpsiquis*. 1-28 Febrero.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-136.

Sternberg, R. J. (1987). Linking vs. loving: a comparative evaluation of theories. *Psychological Bulletin*, 102(3), 331-345.

Sternberg, R. J. (2003). A broad view of intelligence: The theory of successful intelligence. *Consulting Psychology Journal*, 55(3), 139-154.

Sternberg, R. J., & Kaufman, S. B. (eds.) (2011). *The Cambridge Handbook of Intelligence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Thomas, W. I., & Znaniecki, F. W. (1918-1920). *The polish peasant in Europe and America*. Chicago: Chicago University Press.

Uchtenhagen, A. (2012). ¿Qué significa "mejores prácticas" en el tratamiento de las toxicomanías? *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 401-409.

Willi, J. (2004). *Psicología del amor: el crecimiento personal en la relación de pareja*. Barcelona: Herder.

Wisniewska, L. M. (2010). Desestructuración de la familia tradicional polaca. Recordando la obra de Znaniecki. *Profesorado: Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 14(3), 195-218.

Yela, C. (2000). *El amor desde la Psicología Social: ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid: Pirámide.