



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Tratamiento metacognitivo de rumiación limerente: estudio de caso”

**Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicología**

Alejandra Betancourt Tiscareño

Becada por la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación

Director

Dr. Francisco Antonio Calderón González

Sínodo

Grado y nombre del/a Presidente/a del Sínodo

Grado y nombre del/a Secretario/a del Sínodo

Grado y nombre del/a Primer/a Vocal del Sínodo

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 19 de mayo de 2025.



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Tratamiento metacognitivo de rumiación limerente: estudio de caso”

**Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicología**

Alejandra Betancourt Tiscareño
Becada por la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación

Director
Dr. Francisco Antonio Calderón González
Sínodo
Grado y nombre del/a Presidente/a del Sínodo
Grado y nombre del/a Secretario/a del Sínodo
Grado y nombre del/a Primer/a Vocal del Sínodo

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 19 de mayo de 2025.

Índice de contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Tratamiento metacognitivo de rumiación limerente: estudio de caso.....	10
Limerencia.....	10
<i>Aspectos Psicosociales de la Limerencia.....</i>	<i>22</i>
El Rol de la Cultura y los Medios de Comunicación.....	23
Limerencia y Dinámicas Sociales.....	24
Limerencia y Consumo Comercial.....	26
Diagnóstico Diferencial.....	27
<i>El CIE-11 y el DSM V.....</i>	<i>27</i>
<i>Limerencia y Enamoramiento.....</i>	<i>28</i>
<i>Limerencia vs Adicción Amorosa.....</i>	<i>32</i>
<i>¿Trastorno Obsesivo-Compulsivo + Trastorno de Uso de Sustancias = Limerencia?.....</i>	<i>33</i>
<i>Limerencia vs Erotomanía.....</i>	<i>40</i>
Rumiación Limerente.....	44
Datos Epidemiológicos.....	50
Estado del Arte.....	55
<i>Limerencia.....</i>	<i>55</i>
<i>Rumiación.....</i>	<i>61</i>
Marco Teórico.....	73
<i>Modelos Explicativos de la Rumiación.....</i>	<i>73</i>
Teoría de los Estilos de Respuesta.....	74
Modelo Metacognitivo de la Rumiación.....	75
Teoría del Desarrollo de Metas.....	76
<i>Terapia Cognitivo-Conductual.....</i>	<i>77</i>
Psicoeducación para la Rumiación.....	80
<i>Teoría y Terapia Metacognitiva.....</i>	<i>83</i>
Técnicas Metacognitivas para la Rumiación.....	90
<i>Modelo Metacognitivo de la Rumiación Limerente.....</i>	<i>97</i>
Objetivo e Hipótesis.....	100

Objetivo General	100
Objetivos Específicos	101
Pregunta de Investigación	101
Hipótesis	101
Método	103
Participantes	103
Instrumentos y Materiales	103
Procedimiento	108
Resultados	120
Pretest-Intermedia	120
Postest	124
Seguimiento a un mes	131
Discusión y conclusiones	143
Referencias	150
Apéndice A. Escala de Respuestas Rumiativas	167
Apéndice B. Escala Breve de Rumiación Relacionada a un Evento	168
Apéndice C. Escala de Limerencia de Wolf & Lemay	169
Apéndice D. Escala de Bienestar Subjetivo	171
Apéndice E. Inventario de Ansiedad de Beck	172
Apéndice F. Inventario de Depresión de Beck II	173
Apéndice G. Consentimiento informado	176
Apéndice H. Entrevista de diagnóstico diferencial	178
Apéndice I. Historia clínica	181
Apéndice J. Entrevista de Salida	197
Apéndice K. SCA-1	198
Apéndice L. Material Psicoeducativo	199
Apéndice M. Instrucciones de Técnicas de <i>Mindfulness</i> Desapegado	206

Apéndice N. Instrucciones y Formato para la Práctica del Entrenamiento Atencional.....	211
Apéndice Ñ. Diagrama de Solución de Problemas Considerando la Rumiación	214
Apéndice O. Entrevista de seguimiento	215
Apéndice P. Invitación virtual para participar	216
Apéndice Q. Plan de Tratamiento para Presentar al Paciente	217

Índice de tablas

Tabla 1 Sintomatología limerente	18
Tabla 2 Síntomas de limerencia según Wakin & Vo que se explican por la rumiación.....	45
Tabla 3 Sesiones de intervención metacognitiva de Mirzaian	66
Tabla 4 Resultados de la intervención de Alcázar-Olán y colaboradores (2018)	72
Tabla 5 Plan de intervención para la rumiación limerente	114
Tabla 6 Puntajes pretest-intermedia por factor de la Escala de Limerencia	121
Tabla 7 Puntajes e índices de cambio confiable pretest-intermedia	121
Tabla 8 Puntajes pretest-postest por factor de la Escala de Limerencia	125
Tabla 9 Puntajes e índices de cambio confiable pretest-postest	126
Tabla 10 Fragmentos representativos por categoría temática, pretest y postest	127
Tabla 11 Índices de cambio confiable (ICC) en los 4 momentos de evaluación	132
Tabla 12 Puntajes pretest-seguimiento por factor de la Escala de Limerencia	133
Tabla 13 Puntajes de todas las pruebas aplicadas en todas las mediciones	133
Tabla 14 Fragmentos representativos por categoría temática en la entrevista de seguimiento	139
Tabla 15 Comparación de tiempos planificación de la intervención vs los aplicados	148

Índice de figuras

Figura 1 Las seis fases del proceso limerente de Tennov (1979)	13
Figura 2 Características en común de la Limerencia con el TOC y el TUS	39.
Figura 3 Tipos de rumiación	47
Figura 4 Trayectoria limerente	59
Figura 5 Componentes de la metacognición	85
Figura 6 Modelo metacognitivo	89
Figura 7 El modelo A-B-C reformulado	91
Figura 8 Modelo metacognitivo de la limerencia y su componente rumiativo	98
Figura 9 Mediciones de 4 creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente por sesión	122
Figura 10 Mediciones de otras 4 creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente por sesión	123
Figura 11 Evolución de las mediciones de los subtipos de rumiación y limerencia.....	134
Figura 12 Evolución de las mediciones de depresión, ansiedad y bienestar subjetivo.....	134
Figura 13 Evolución de la rumiación y la preocupación pretest-seguimiento	135
Figura 14 Evolución de la atención a la amenaza pretest-seguimiento	136
Figura 15 Evolución de 3 estrategias de afrontamiento pretest-seguimiento	136
Figura 16 Evolución de otras 3 estrategias de afrontamiento pretest-seguimiento	137
Figura 17 Evolución de 4 creencias metacognitivas pretest-seguimiento	137
Figura 18 Evolución de otras 4 creencias metacognitivas pretest-seguimiento	138

Resumen

La limerencia es una condición predominantemente cognitiva y emocionalmente intensa, pero poco reconocida, explorada e intervenida. Se caracteriza principalmente por incertidumbre, esperanza, un deseo obsesivo de reciprocidad emocional y rumiación. Ante la falta de intervenciones especializadas, esta investigación se centró en su componente principal: la rumiación limerente, abordada mediante tratamiento metacognitivo. El objetivo fue evaluar su efectividad en la disminución de dicha rumiación. Se llevó a cabo un estudio de caso con diseño preexperimental y enfoque cuantitativo, con evaluaciones en cuatro momentos: pretest, medición intermedia, posttest y seguimiento a un mes. La intervención constó de once sesiones en las que se trabajaron técnicas metacognitivas adaptadas al contexto de la rumiación limerente, con el fin de modificar la relación del participante con sus pensamientos. Se empleó psicometría validada en población mexicana, así como entrevistas semiestructuradas para las evaluaciones. Los resultados cuantitativos mostraron mejoras clínicamente significativas en todas las variables evaluadas, especialmente en la rumiación limerente. Además, el análisis temático de las entrevistas reveló una reducción sostenida de los síntomas limerentes, junto con otros beneficios reportados. En conjunto, los hallazgos sugieren que intervenir metacognitivamente en la rumiación limerente es una vía fiable para abordar no solo esta condición sino probablemente la limerencia en su totalidad. La intervención permitió disminuir tanto la sintomatología cognitiva como la afectiva de la limerencia, promoviendo cambios funcionales y duraderos. Estos resultados abren camino a futuras investigaciones que fortalezcan el abordaje clínico de la limerencia como fenómeno diferenciado.

Palabras Clave: *Rumiación limerente; rumiación; terapia metacognitiva; limerencia*

Abstract

Limerence is a predominantly cognitive and emotionally intense condition that remains underrecognized, underexplored, and undertreated. It is primarily characterized by uncertainty, hope, an obsessive desire for emotional reciprocity, and rumination. Due to the lack of specialized interventions, this study focused on its core component: limerent rumination, which was addressed through metacognitive therapy. The aim was to evaluate the effectiveness of this approach in reducing limerent rumination. A single-case, pre-experimental quantitative design was implemented, with four assessments conducted at different points: pretest, mid-treatment, posttest, and one-month follow-up. The intervention comprised eleven sessions employing metacognitive techniques adapted specifically to limerent rumination, aimed at modifying the participant's relationship with their thoughts. Validated psychometric instruments for the Mexican population, alongside semi-structured interviews, were used for evaluation. Quantitative results indicated clinically significant improvements across all measured variables, particularly in limerent rumination. Thematic analysis of interviews revealed sustained symptom reduction alongside additional reported benefits. Overall, findings suggest that metacognitive intervention targeting limerent rumination is a reliable approach to addressing not only this component but potentially limerence as a whole. The intervention reduced both cognitive and affective symptoms of limerence, fostering functional and lasting changes. These outcomes pave the way for further research to strengthen the clinical management of limerence as a distinct phenomenon.

Key Words: *Limerent rumination; rumination; metacognitive therapy; limerence.*

Tratamiento metacognitivo de rumiación limerente: estudio de caso

Limerencia

La limerencia es un concepto acuñado originalmente por Tennov (1979) que ha recibido poca atención de otros autores desde entonces, resultando en ambigüedad y solapamiento del término con otros como *adicción* u *obsesión amorosas* (Carswell & Impett, 2021; Martin, 2018; Sack, 2012). Al ser una condición psicológica escasamente reconocida, su prevalencia global sigue siendo desconocida. Además, actualmente no existen pruebas psicométricas estandarizadas que designen a las personas limerentes y no-limerentes (Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017). Siendo así, a lo largo del apartado se delimitará la limerencia y se abordarán las condiciones con las que suele confundirse, como el trastorno obsesivo compulsivo, la adicción, la erotomanía y el enamoramiento, con el objetivo final de consolidar una definición sólida del concepto.

El término surge a partir de la recopilación de datos provenientes de más de 400 cuestionarios, entrevistas, diarios y declaraciones personales, donde Tennov (1979) utilizó inicialmente el término *amor* para describir las experiencias de afecto entre las personas. Sin embargo, pronto encontró dificultades metodológicas debido a la falta de precisión en el lenguaje; ya que los términos comúnmente empleados para hablar de amor no permitían definir operativamente las distintas formas en que las personas experimentaban ese sentimiento. Al analizar los testimonios, Tennov observó una amplia gama de intensidades emocionales que variaban no solo entre individuos, sino también dentro de una misma persona en diferentes momentos.

Con el tiempo, su interés se centró en las emociones más intensas y pasajeras que aparecían con frecuencia en la literatura y la poesía. Sin embargo, fue a partir del testimonio de una participante que la autora se dio cuenta de que no todas las personas experimentaban este

tipo de emociones. La participante sostenía que era posible casarse y tener hijos sin haber sentido las emociones intensas que otros describían como parte del enamoramiento. Ante esta revelación, Tennov continuó su investigación con un enfoque renovado y descubrió que había personas que no experimentaban las emociones románticas intensas que otros reportaban. Estos hallazgos, la llevaron a formular la hipótesis de que existía un estado emocional particular que solo algunas personas vivían, mientras que otras no lo experimentaban en absoluto. Como no existía un término lo suficientemente neutral y preciso para describir este fenómeno, Tennov optó por acuñar el término limerencia para referirse a este estado emocional caracterizado por la intensa atracción romántica y el deseo obsesivo de reciprocidad.

De esta manera, la limerencia se definió como una condición involuntaria de obsesión que suele confundirse con el *enamoramiento*. Este estado supone la necesidad apremiante de reciprocidad emocional, necesidad que es alimentada por la incertidumbre y sentimientos de esperanza (Bradbury et al., 2024). Las principales características de la limerencia, según Tennov (1979) y otros autores, son la presencia de pensamientos intrusivos y obsesivos o rumiación sobre la otra persona (Reynolds, 1983), también llamada Objeto Limerente (OL), deseo obsesivo de reciprocidad emocional, incertidumbre acerca de los sentimientos del OL, fantasías constantes de reciprocidad, dolor en el pecho, recuerdo constante de interacciones pasadas con el OL para detectar señales de reciprocidad, inversión exagerada de tiempo directa o indirectamente en el OL, búsqueda intensa de intimidad emocional, admiración al OL, desciframiento de comportamientos, acciones y gestos del OL que impliquen reciprocidad, sentimientos de inadecuación, miedo fuerte, persistente y duradero a ser rechazado emocionalmente por el OL, dependencia emocional y extinción de la limerencia cuando hay certeza tanto de la existencia como de la inexistencia de reciprocidad emocional, según sea el caso (Bringle et al., 2013;

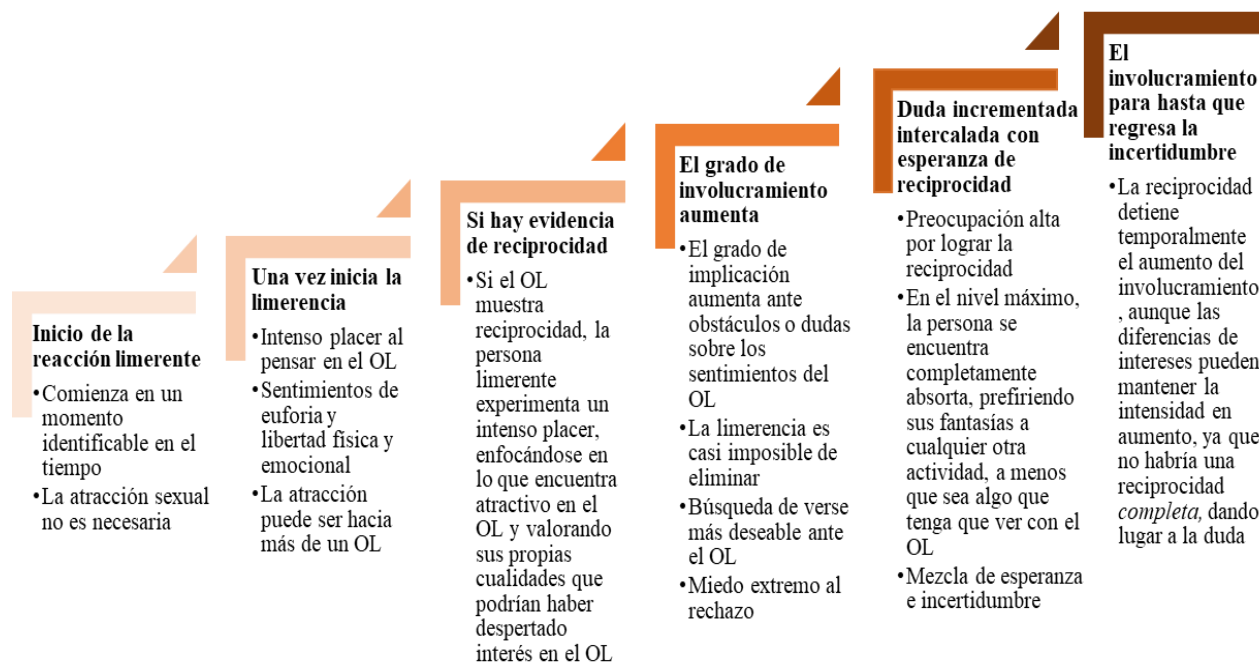
Carswell & Impett, 2021; Martin, 2018; Reynolds, 1983; Sack, 2012; Sanches & John, 2019; Sundberg, 2019; Sutherland, 2022; Wakin & Vo, 2008; Willmott & Bentley, 2015; Wolf, 2017).

De continuar su curso sin algún tipo de tratamiento, la limerencia puede llegar a tener consecuencias perjudiciales en diferentes áreas de la vida de la persona tales como conductas de acoso, conductas de autolesión, disfuncionalidad en diferentes áreas de la vida, como la laboral o académica debido a la rumiación constante, deterioro social, relaciones de pareja asimétricas que pueden caer en el abuso, excesiva preocupación, miedo, ansiedad, depresión, cambios en el patrón de sueño y de alimentación, infidelidad, descuido de las responsabilidades e intereses personales y sentimientos constantes de inadecuación e inferioridad (Bitez, 2023; Bradbury et al., 2024; Bringle et al., 2013; Sack, 2012; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008; Willmott & Bentley, 2015; Wolf, 2017). En algunos casos la limerencia ha llevado a intentos suicidas y negligencia parental de aquellos que son madres o padres (Tennov, 1979). Por lo tanto, es innegable la necesidad de no solo conceptualizar el término, sino de implementar intervenciones que contribuyan al tratamiento de esta condición poco visibilizada (Wyant, 2021).

Existen tres modelos teóricos de la limerencia. En primer lugar, se presenta el modelo original propuesto por Tennov (1979), en el cual se describe el proceso limerente, resumido en la Figura 1. Según la autora, la limerencia puede surgir en cualquier momento y con cualquier persona, ya sea a partir de una amistad que adquiere un nuevo significado o de alguien que se conoce desde hace una semana o incluso un día. Tennov explica que, aunque las razones detrás de la atracción repentina por algunas personas no son completamente comprendidas, la limerencia se fundamenta, ante todo, en actividad mental.

Figura 1

Las seis fases del proceso limerente de Tennov (1979)



La limerencia, indica la autora, inicia como una sensación apenas perceptible de mayor interés por alguien. En las condiciones adecuadas, la limerencia puede llegar a una gran intensidad. Para que esto se dé, debe haber alguna forma de duda, incertidumbre o amenaza a la reciprocidad. Una declaración muy temprana de los sentimientos de la persona limerente o evidencias significativas de la reciprocidad del OL puede detener el desarrollo de la limerencia a su máximo nivel. En algunos casos, ésta disminuye hasta desaparecer o caer a niveles muy bajos (Tennov, 1979).

En los niveles bajos y en las mejores condiciones, la limerencia se puede transformar en apego amoroso mediante la reciprocación de los sentimientos o transferirse a otra persona, que será el nuevo OL. En cualquier caso, este estado es inconstante, pudiendo mantenerse por meses e incluso años o extinguirse completamente, sin volver a aparecer. De este modo, la persona limerente podría permanecer en un estado de *predisposición* y *anhelo limerente* (Tennov, 1979),

deseando volver a sentir limerencia; o, por el contrario, evitar a toda costa desarrollar limerencia por otra persona (Tennov, 1979).

De acuerdo con la autora, las fases del proceso limerente se detallan de la siguiente manera:

1. El inicio de la limerencia generalmente ocurre en un punto discernible en el tiempo que luego se recuerda. La atracción sexual no es necesaria *per se*, aunque a) el OL en cuestión sea considerado como posible pareja sexual, y b) la admiración inicial puede ser, o parecer ser principalmente atracción física.
2. Una vez que comienza la limerencia, la persona se encuentra pensando en el OL y obteniendo un considerable placer en ello. La persona limerente se siente eufórica, exaltada e, irónicamente, para lo que parece ser un proceso esencialmente involuntario, libre física y emocionalmente. En esta etapa, es posible que la persona limerente se sienta atraída por más de un OL y que perciba su propia limerencia como resultado de las cualidades admirables del OL.
3. Si hay evidencia de reciprocidad por parte del OL, entonces la persona limerente disfruta de un estado de placer extremo, incluso de euforia. Sus pensamientos están ocupados considerando y reconsiderando lo que encuentra atractivo en el OL, repitiendo mentalmente cualquier evento que haya ocurrido entre los dos y apreciando las cualidades de sí misma que percibe como posibles causantes del interés por parte del OL.
4. El grado de involucramiento aumenta si se presentan obstáculos externos o si hay dudas sobre los sentimientos del OL. Solo si el OL se revelara como altamente indeseable, la limerencia podría disminuir. Por lo general, con cierto grado de duda, la intensidad emocional aumenta, alcanzando una etapa en la que la limerencia es prácticamente imposible

de desarticular, así sea por voluntad propia o por evidencia de las cualidades indeseables del OL. A esto se le llama cristalización. La incertidumbre e intensidad emocional propician que la autoconfianza se merme, causando que la persona adquiera ropa nueva, cambie su peinado y esté receptiva a cualquier sugerencia que le ayude a aumentar su propia deseabilidad frente al OL, por lo que existe también un miedo extremo al rechazo.

5. Con aumentos de duda intercalados con razones para esperar que ocurra la reciprocidad (esperanza), todo se intensifica, especialmente el porcentaje subjetivo de preocupación. Al alcanzar el 100% la persona limerente se encuentra completamente absorta, ya sea en alegría o desolación, y prefiere sus fantasías a cualquier otra actividad, a menos que sea a) realizar conductas que (cree) le ayuden a alcanzar la reciprocidad, como embellecerse, para aumentar la posibilidad de causar una impresión favorable al OL; o b) estar en presencia del OL. La motivación para alcanzar una relación ya sea sexual o de pareja, continúa intensificándose siempre que exista una adecuada mezcla de esperanza e incertidumbre.
6. En cualquier punto del proceso, si se percibe reciprocidad, el grado de involucramiento deja de aumentar, hasta que surja la incertidumbre nuevamente. Sin embargo, lo que podría ser un signo obvio de interés para un observador no es tan evidente para la persona afectada. Así, en las interacciones entre la persona limerente y el OL, la persona limerente oculta su propia limerencia, lo que permite que la limerencia continúe aumentando.

A partir del modelo original de Tennov (1979) surgió una segunda propuesta desarrollada por Verhulst (1984), quien recategoriza el proceso limerente de manera similar al de Tennov. En su modelo, Verhulst presenta cinco etapas de la limerencia:

- 1) La etapa preliminar, que se explica como un momento en el que el individuo busca enamorarse activamente, pero su atención no se fija en una sola persona. Cualquier señal

de reciprocidad percibida por parte de alguna de las personas en las que el individuo tiene puesta su atención puede entonces ser el desencadenante de la limerencia. Según el autor, el deseo de ser amado intensamente es lo que alimenta la limerencia.

- 2) Después, en la etapa de prerreciprocidad se da un interés significativo y acelerado hacia el OL, y, aunque el deseo sexual puede estar presente, no siempre hay una atracción sexual inmediata. Aquí, la persona limerente emite señales no verbales de atracción hacia el OL, y si son rechazadas, generarán desesperación que con el tiempo provocará un nuevo estado de limerencia. Si el OL no rechaza claramente las acciones del individuo, éste lo interpretará como una reciprocidad mutua.
- 3) Luego, la etapa de reciprocidad surge cuando el OL retribuye con señales de interés, lo que resulta en un periodo de intensa obsesión por parte de la persona limerente. Esto puede durar días o años en la medida en que exista una combinación de esperanza e incertidumbre para que la limerencia perdure. Tal situación, a menudo reduce la duración de la reciprocidad, ya que la limerencia mutua alimenta la incertidumbre.
- 4) Esto da lugar a la etapa de disolución gradual, donde la intensidad de la limerencia disminuye y puede haber un incremento de la ansiedad en su lugar. Ello puede desencadenar diversos escenarios, desde sentir culpa hasta sentirse engañado. También, es posible que la persona se aferre a la idea limerente e intente revivirla, lo cual puede reflejar sentimientos de desesperación y angustia. Sin embargo, si ninguna de las dos partes es considerada responsable de la disolución de la limerencia, es posible que se desarrolle una relación saludable.
- 5) Finalmente, en la etapa postlimerencia no quedan rastros de la limerencia y entonces pueden formarse vínculos fuertes, saludables y comunicativos. Después de la etapa de

disolución gradual es raro que se llegue a esta etapa debido al estado altamente emotivo y conflictivo que implica la limerencia, lo que lleva a los individuos a regresar deliberadamente a la etapa preliminar y a buscar activamente un nuevo Objeto Limerente.

A diferencia del modelo de Tennov (1979), el modelo propuesto por Verhulst (1984), sugiere que la limerencia puede desaparecer de manera gradual en vez de abruptamente, lo que también permite la posibilidad de conformar una relación saludable después del nivel más alto de limerencia. Además, propone que la limerencia surge de un anhelo amoroso y que su disipación puede generar angustia. Así, el principal aporte de este modelo, además de una estructuración más detallada, es que hay pistas de la limerencia antes de que ocurra. Por lo que, este enfoque proporciona una comprensión más profunda de la dinámica de las relaciones amorosas y sus implicaciones emocionales.

Por último, existe un tercer modelo de limerencia hecho por Wakin & Vo (2018), quienes realizaron una reconceptualización de la limerencia y su sintomatología, entendiéndola como una condición definida que es necesariamente negativa, problemática e incapacitante. Según estos autores, "limerence is not simply an addiction to another person with obsessive-compulsive features, nor is it an OCD with addictive characteristics" [la limerencia no es simplemente una adicción a otra persona con características obsesivo-compulsivas, y tampoco es un Trastorno Obsesivo Compulsivo con características de una adicción] (Wakin & Vo, 2018, p. 6). Para estos autores, la limerencia y el amor son conceptos mutuamente excluyentes, por lo que ninguno contiene al otro y no son sinónimos. De esta forma, la limerencia es un estado involuntario que implica un anhelo de reciprocidad emocional, pensamientos, sentimientos y comportamientos obsesivos y dependencia emocional hacia la otra persona.

Los autores delimitan el diagnóstico diferencial de la limerencia a través de 5 grupos de signos y síntomas en personas de al menos 18 años (Tabla 1). A través de esta sintomatología, los autores establecen un modelo de limerencia de tres etapas denominado *Wakin-Vo I.D.R. Model* compuesto por la fuerza iniciadora, las fuerzas impulsoras y las fuerzas resultantes. En cada una de estas etapas se presentan signos y síntomas de cada grupo, superponiéndose entre sí y retroalimentándose mutuamente.

Tabla 1

Sintomatología limerente de acuerdo con Wakin & Vo

Dimensión	Síntomas
Pensamientos intrusivos y obsesivos sobre el OL	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasar más tiempo pensando en el OL que en cualquier otra persona o cosa. 2) Dificultad para evitar, reducir o dejar de enfocarse en el OL a pesar de la voluntad 3) Distracción hasta el punto en que se comprometen las relaciones y las responsabilidades. 4) Interpretaciones persistentes y exageradas, ya sean positivas o negativas, de las señales de comportamiento del OL.
Repetición y ensayo	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alta susceptibilidad a las señales de comportamiento del OL 2) Repetición mental constante de interacciones ocurridas con el OL la mayor parte del tiempo. 3) Anticipación constante a interacciones con el OL que aún no han ocurrido. 4) Fantasías vívidas constantes en las que el OL corresponde a los sentimientos e intenciones. 5) Las fantasías crean sentimientos de esperanza de reciprocidad por parte del OL, lo que impulsa comportamientos o reacciones excesivas e irracionales. 6) Con frecuencia, estas acciones comprometen la eficiencia/productividad.
Ansiedad y sentimientos de inadecuación	<ol style="list-style-type: none"> 1) Intentos constantes para presentarse a sí mismo de la manera más favorable posible ante el OL. 2) Síntomas fisiológicos como sudoración, palpitaciones cardíacas, falta de aliento, etcétera, acompañando sentimientos de timidez, vergüenza y ansiedad. 3) Dolor en el pecho o en las regiones abdominales que se intensifica con la creciente incertidumbre y/o con signos aumentados de rechazo por parte del OL. 4) Torpeza social en presencia del OL. 5) La timidez, vergüenza y ansiedad se intensifican en la presencia real o imaginaria del OL.

Dimensión	Síntomas
Ansiedad y sentimientos de inadecuación	6) Miedo fuerte, persistente y duradero a ser rechazado por el OL.
Dependencia emocional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Anhelo fuerte, persistente y duradero de reciprocidad por parte del OL. 2) Los sentimientos de depresión y/o aprensión se intensifican con la creciente incertidumbre y/o con signos aumentados de rechazo por parte del OL. 3) Los sentimientos de éxtasis se intensifican con signos de reciprocidad por parte del OL. 4) Labilidad afectiva. 5) Anhelo y deseo de reciprocidad que se intensifica y magnifica con la incertidumbre sobre los sentimientos del OL. 6) Anhelo y deseo de reciprocidad que se intensifica y magnifica con la presencia de barreras situacionales.
Funcionamiento deteriorado	1) Las relaciones y responsabilidades se ven comprometidas debido a la preocupación constante por el OL.

La fuerza iniciadora corresponde al anhelo persistente de reciprocidad emocional, dando así inicio a la limerencia. Los autores explican que, una vez iniciada, las fuerzas impulsoras toman lugar, estimulando el desarrollo de la limerencia. La principal fuerza impulsora es la incertidumbre acerca del vínculo y de los sentimientos del OL hacia la persona limerente. Existe un trasfondo de miedo al rechazo que es reactivo al objetivo final de la limerencia: la reciprocidad. De hecho, las reacciones limerentes tienden a disiparse en condiciones donde hay completa certeza, ya sea en el extremo de la reciprocidad absoluta o en el del rechazo absoluto. No obstante, los niveles intermedios de percepción de reciprocidad o rechazo son propicios para un estado generalizado de incertidumbre, lo que impulsa la limerencia.

Ante dicha incertidumbre, la persona limerente se vuelve altamente sensible a las señales de comportamiento del OL, pues busca signos de reciprocidad y, también, evaluar su éxito en suscitar y alcanzar dicha reciprocidad. La persona limerente constantemente calibra y recalibra su propio comportamiento basándose en la retroalimentación conductual del OL. A medida que la incertidumbre continúa y la sensibilidad a las señales de comportamiento del OL se

intensifica, la persona limerente comienza a sobreanalizar y sobreinterpretar el comportamiento y las reacciones del OL hasta el punto de rumiar incesantemente. La persona entonces se preocupa constantemente por el OL, repitiendo en su mente encuentros pasados para evaluar la obtención de reciprocidad y ensayando mental o conductualmente encuentros futuros con el OL para optimizar las posibilidades de obtener dicha reciprocidad. Barreras situacionales como horarios laborales agitados y otros compromisos que inhiben el acceso directo al OL pueden presentarse como fuentes adicionales de incertidumbre.

Las fuerzas impulsoras, como explican los autores, interactúan entre sí hasta el punto en que es cada vez más difícil para la persona controlar sus comportamientos, pensamientos y sentimientos, quedando atrapada en una especie de telaraña limerente. La limerencia se sostiene y alimenta por la incertidumbre, un mecanismo que aumenta la esperanza y la necesidad de reciprocidad emocional. Esto, exacerba la urgencia de aclarar la incertidumbre mediante la detección e interpretación más cuidadosa de las señales de comportamiento del OL, al tiempo que aumenta la necesidad de reciprocidad. Así, se puede notar que la fuerza iniciadora se manifiesta en forma de fuerzas impulsoras que a su vez adquieren cualidades que refuerzan aún más la fuerza iniciadora; acelerando el ciclo y produciendo las reacciones obsesivas y adictivas definitorias de la limerencia. Las características distintivas de las fuerzas impulsoras son la incertidumbre, los pensamientos intrusivos y obsesivos, la constante repetición y ensayo mental, la sensibilidad aguda a las señales de comportamiento del OL con una tendencia a sobreinterpretar sus comportamientos y un fuerte miedo al rechazo.

Estas dinámicas dan lugar a las fuerzas resultantes, que engloban fluctuaciones en el estado de ánimo, sentimientos que oscilan entre el éxtasis y la depresión, ansiedad, culpa, vergüenza, estrategias de afrontamiento cognitivo y deterioro en el funcionamiento. En este

punto, el estado de ánimo de la persona limerente se vuelve altamente dependiente del OL, pendulando entre el éxtasis y la depresión y generando un patrón distintivo de labilidad afectiva. La persona limerente puede sentirse fuera de control, deseando detener sus pensamientos y comportamientos. Puede incluso querer dejar de involucrarse con el OL, pero, debido a la naturaleza involuntaria de la limerencia, la persona no puede hacerlo, lo que induce sentimientos profundos de impotencia, y, con ello una fuerte ansiedad.

Los autores explican que esta ansiedad se manifiesta a través de síntomas físicos como palpitaciones, falta de aliento, sudoración, malestar en pecho o abdomen y sentimientos de aprensión, lo que puede dificultar la interacción social. La ansiedad puede llevar a la persona limerente a comportarse de manera socialmente inepta, lo que le lleva a tener comportamientos compensatorios para presentarse de la manera opuesta con el fin de optimizar sus posibilidades de obtener reciprocidad emocional del OL. Empero, como el comportamiento de la persona limerente está en constante ajuste, la respuesta del OL también fluctúa, lo que aumenta la incertidumbre y la ansiedad, perpetuando el ciclo de la limerencia.

La creciente preocupación y absorción de la persona limerente por el OL llega a tal punto que descuida otros aspectos de su vida, lo que resulta en un deterioro de su funcionamiento. Dado que la persona limerente no puede reducir o detener exitosamente sus pensamientos y comportamientos, se enfrenta a sentimientos profundos de vergüenza y culpa. Los autores prosiguen en que, para reconciliar la disonancia cognitiva que implica permanecer en un vínculo a pesar del evidente malestar y la angustia, la persona limerente justifica cognitivamente la experiencia dándole mayor énfasis e importancia a la relación con el OL. Como consecuencia, esto aumenta aún más la agudeza y la urgencia de reciprocidad emocional, reiniciando así todo el ciclo de limerencia y sometiendo a la persona limerente a un autoatrapamiento.

Asimismo, los autores mencionan que, en una relación amorosa, las personas a menudo experimentan sentimientos iniciales intensos y un evidente involucramiento con la otra persona que tiende a moderarse con el paso del tiempo, permitiendo un vínculo más estable, íntimo, comprometido y de mutua confianza. En cambio, cuando hay limerencia, esos sentimientos iniciales permanecen y se intensifican, volviéndose omnipresentes y perturbadores, resultando en una dificultad para controlar los propios pensamientos, sentimientos y comportamientos (Wakin & Vo, 2008).

En suma, los modelos de Tennov (1979), Verhulst (1984) y Wakin & Vo (2018) ofrecen perspectivas complementarias sobre la limerencia, desde su manifestación como un estado emocional intenso y pasajero, hasta su conceptualización como una condición problemática y debilitante. Mientras que Tennov plantea un enfoque descriptivo y general del fenómeno, Verhulst aporta una estructuración más detallada de sus etapas y la posibilidad de transitar hacia relaciones saludables. Por su parte, el modelo de Wakin & Vo profundiza en las dinámicas emocionales y cognitivas que perpetúan la limerencia, enfatizando su impacto incapacitante. Dado que este último modelo ofrece un marco integral para comprender los procesos subyacentes que sostienen la limerencia y sus efectos adversos, será el que guíe el presente trabajo. Su enfoque permite diferenciar la limerencia de experiencias amorosas comunes y de otras condiciones de salud mental, lo que resulta clave tanto para su adecuada conceptualización como para el desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas a mitigar sus síntomas.

Aspectos Psicosociales de la Limerencia

La limerencia no solo influye en la experiencia individual de quien la padece, sino que también tiene repercusiones significativas en las relaciones interpersonales y en la sociedad en general. Tennov (1979) destaca que, desde un punto de vista social, la limerencia puede pasar

desapercibida o ser malinterpretada por quienes rodean al individuo afectado. También, señala que el comportamiento de una persona limerente cambia de manera evidente para su entorno más cercano. Puede volverse menos accesible para amigos y familiares, evitando interacciones habituales debido a su absorción en pensamientos y conductas relacionadas con el OL. En muchos casos, esta alienación social puede ser vista como un rechazo por parte de los demás, cuando en realidad responde a la obsesión con el objeto de su afecto (Tennov, 1979).

Y es que la limerencia no ocurre en el vacío. Su manifestación y mantenimiento están influenciados por factores psicosociales que moldean la manera en que las personas experimentan y comprenden este fenómeno. La limerencia no solo es vivida como una experiencia personal, sino también como un fenómeno condicionado por el contexto social y cultural. Entre estos factores se encuentran los discursos culturales sobre el amor, las representaciones mediáticas y las dinámicas interpersonales (Averill, 1985; Tennov, 1979).

Hatfield y Rapson (1993) explican que las experiencias amorosas de los individuos pueden verse alteradas por las normas culturales y representaciones sociales del amor y la atracción, tal como se verá a continuación.

El Rol de la Cultura y los Medios de Comunicación. La idealización del amor romántico en la cultura popular ha reforzado la narrativa de la pasión incontrolable como un componente esencial de las relaciones afectivas (Tennov, 1979). Hatfield y Rapson (1996) argumentan que las representaciones culturales del amor y el deseo han sido profundamente influenciadas por los medios de comunicación, en particular el cine, la música y la literatura. Así, películas, series, novelas y canciones perpetúan la idea de que el deseo obsesivo por otra persona es una señal de amor verdadero. Esto, puede contribuir a que la limerencia sea percibida como una experiencia normativa y hasta deseable, en lugar de una posible fuente de sufrimiento (Tennov, 1979).

La música, en particular, actúa como un vehículo poderoso para la expresión y el refuerzo de la limerencia (Tennov, 1979). Letras de canciones que giran en torno a la fijación romántica, la espera ansiosa por una respuesta afectiva y la desesperación ante el rechazo reflejan experiencias limerentes y, al mismo tiempo, las validan dentro de la cultura (Tennov, 1979). Estas representaciones no solo reflejan la experiencia de la limerencia, sino que también la normalizan, reforzando la idea de que la obsesión por otra persona es una manifestación legítima de amor (Hatfield & Rapson, 1996).

Averill (1985), también aborda cómo las representaciones culturales del amor, que se encuentran profundamente enraizadas en la literatura, los medios de comunicación y las construcciones sociales, crean marcos para entender el amor que influyen en cómo las personas experimentan las emociones amorosas. Estas representaciones no solo reflejan, sino que activamente constituyen la forma en que se viven y se dan por válidos los fenómenos como la limerencia. Así, la representación cultural de la pasión como un componente esencial del amor puede fortalecer la creencia de que los sentimientos obsesivos son una forma legítima de amar.

Limerencia y Dinámicas Sociales. A nivel interpersonal, la limerencia puede verse influida por normas sociales sobre la atracción y el cortejo (Tennov, 1979). En contextos donde la demostración intensa de interés amoroso es vista como una prueba de compromiso, la limerencia puede ser interpretada como un signo positivo, a pesar de su impacto en la salud mental. En sociedades donde la validación personal se asocia fuertemente con la reciprocidad romántica (Gergen, 1991), la ausencia de correspondencia puede intensificar los síntomas limerentes, promoviendo ciclos de rumiación y angustia emocional (Tennov, 1979).

Averill (1982), refuerza esta idea al afirmar que las emociones, incluido el amor, son construcciones sociales que están determinadas por las normas y expectativas del contexto

cultural en el que se encuentran las personas. En este sentido, la limerencia se puede ver como una respuesta tanto a las dinámicas personales internas como a las normas sociales sobre lo que se considera un amor legítimo o deseable (Tennov, 1979). En este contexto, Gergen (1991) amplía la reflexión al señalar que la identidad social de una persona y sus relaciones afectivas están moldeadas por las construcciones sociales de lo que es un *amor válido o deseable*.

La limerencia, al estar entrelazada en estos constructos sociales, puede ser tanto una respuesta individual a la falta de reciprocidad como una consecuencia de las expectativas que la sociedad impone sobre cómo deben manifestarse las relaciones románticas (Gergen, 1991; Tennov, 1979). Gergen (1991) sugiere que la sociedad contemporánea genera una dependencia a la validación externa, donde los individuos buscan constantemente la aprobación social de sus experiencias emocionales, entre las que se incluiría la limerencia. Esto reforzaría el ciclo de búsqueda de validación, intensificando la experiencia emocional y perpetuando la obsesión amorosa.

Otro factor relevante es el refuerzo social (Tennov, 1979). Cuando una persona limerente comparte sus pensamientos con amistades o círculos cercanos, puede recibir respuestas que perpetúan la obsesión, como consejos para insistir en la conquista o interpretaciones erróneas sobre señales de interés del otro. Estas interacciones pueden dificultar el desapego y prolongar el estado limerente. El refuerzo social, también discutido por Hatfield y Rapson (1996), subraya cómo las normas y expectativas sociales pueden facilitar o agravar la vivencia de alguna emoción. En sociedades donde el amor es visto como la máxima expresión emocional (Averill, 1982), las expectativas sociales pueden hacer que la limerencia sea más prevalente, ya que las personas puedan sentirse presionadas a experimentar y manifestar sus emociones de manera intensa y continua (Tennov, 1979).

Limerencia y Consumo Comercial. Según Tennov (1979), la industria del entretenimiento y la mercadotecnia han capitalizado la limerencia como un elemento atractivo para la audiencia. Hatfield y Rapson (1996), destacan que las representaciones del amor y la atracción en los medios no solo reflejan los ideales románticos de una sociedad, sino que también influyen en cómo las personas perciben y experimentan el amor. Narrativas de amor no correspondido, reencuentros y obstáculos románticos son recurrentes en la publicidad, el cine y la literatura, reforzando la idea de que la persistencia emocional es una virtud (Tennov, 1979). Este aprovechamiento comercial no solo mantiene vivo el fenómeno, sino que también puede influir en cómo las personas interpretan sus propias experiencias limerentes, reforzando la creencia de que la obsesión romántica es una prueba absoluta de autenticidad amorosa (Tennov, 1979).

Averill (1982) subraya que las emociones como el amor y la ira, que son experimentadas de manera intensa, están fuertemente mediadas por los discursos sociales y las representaciones culturales. Estas emociones se transforman en fenómenos de consumo que se utilizan para promover ciertas ideologías o comportamientos en la sociedad. La mercadotecnia y los medios comerciales han contribuido significativamente a normalizar y celebrar la limerencia, al presentar la obsesión romántica como una experiencia válida e incluso deseable (Tennov, 1979). En lugar de ser vista como una emoción problemática, la limerencia se vende como un símbolo de amor auténtico y eterno, lo que refuerza su presencia en la cultura popular y su validación como una parte legítima de las experiencias amorosas (Tennov, 1979).

En suma, es fundamental entender que la limerencia, influenciada por diversos factores psicosociales, no solo se experimenta de manera individual, sino que se ve moldeada por el contexto social y cultural. Estos mismos factores pueden llevar a que la limerencia se confunda

con otras condiciones, como el enamoramiento, la adicción amorosa o trastornos obsesivos. Por ello, es importante explorar cómo estas similitudes pueden complicar su diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

El CIE-11 y el DSM V

Parte de la problemática que rodea a la limerencia es que, además de estar invisibilizada, existen condiciones con las que suele confundirse y que es necesario distinguir (Wakin & Vo, 2008). Tales condiciones son el enamoramiento (Gottman & Gottman, 2017; Wakin & Vo, 2008; Tennov, 1979), la adicción amorosa (Sanches & John, 2019; Sutherland, 2022), el trastorno obsesivo-compulsivo (Wakin & Vo, 2008), el trastorno por uso de sustancias (Wakin & Vo, 2008), y la erotomanía (Bradbury et al., 2024). Condiciones que se abordan a continuación.

Debido al escaso vínculo entre la investigación psicológica y la limerencia, no existe un diagnóstico llamado *limerencia* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022) ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). De hecho, no existe alguna categoría diagnóstica en estas guías que abarque las características específicas de esta condición. Lo más cercano a la limerencia según el CIE-11 es el diagnóstico *MB26.5 Obsesiones*, que consiste en pensamientos repetitivos y persistentes, imágenes o impulsos que se sienten impertinentes e indeseables y que a menudo se observan en los estados de ansiedad. Como tal, esta definición explica una parte de la limerencia, pero deja fuera aspectos como la dependencia emocional o los sentimientos de euforia (Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008).

Mientras tanto, el DSM-5-TR (APA, 2022) contiene diagnósticos que tocan el interés romántico y los pensamientos intrusivos en la erotomanía, el trastorno obsesivo-compulsivo y la

adicción a sustancias, que como se mencionó al inicio de este apartado, serán abordadas más adelante. La falta de reconocimiento de la limerencia como un diagnóstico formal tanto en el DSM como en el CIE, complica su abordaje clínico. A pesar de compartir características con otros trastornos, como las obsesiones en el TOC o la dependencia emocional en la adicción amorosa, la limerencia tiene una complejidad que aún no ha sido plenamente descrita en la literatura. Esto, resalta la necesidad de futuros estudios que validen su sintomatología y justifiquen su inclusión en las clasificaciones diagnósticas.

Limerencia y Enamoramiento

Desde la perspectiva antropológica, el amor ha evolucionado a partir de los vínculos de apego primario, los cuales permitieron la supervivencia de los seres humanos como especie. Estos lazos significativos entre los ancestros facilitaban la colaboración y el cuidado mutuo, conduciendo al establecimiento de relaciones estables. Con el tiempo, estas formas de vinculación evolucionaron hasta lo que hoy se entiende como amor, el cual es descrito a través del Modelo Tripartito del Amor (Fisher, 2004). Este modelo identifica tres etapas en el proceso amoroso: deseo sexual, atracción y cariño, cada una de ellas regulada por distintos sistemas hormonales y circuitos cerebrales interconectados.

El deseo sexual es impulsado por la testosterona, caracterizado por su corta duración y baja selectividad, cumpliendo la función de encontrar un compañero sexual. La atracción, vinculada al enamoramiento y la exclusividad, se asocia principalmente a la dopamina y tiene una mayor duración. Por último, el cariño o apego es regulado por la oxitocina y la vasopresina, desarrollándose lentamente para facilitar relaciones a largo plazo centradas en el cuidado y protección mutua. Estos tres mecanismos se consideran complementarios y se habrían preservado por selección natural debido a su utilidad en la reproducción y crianza (Fisher, 2004).

Algunos autores señalan los conceptos de enamoramiento y limerencia como sinónimos, considerando la limerencia como una fase natural que precede a la etapa de atracción descrita por Fisher. En este sentido, la limerencia se describe como una estimulación excesiva en el centro de recompensas dopaminérgico, la cual puede durar entre 18 meses y toda la vida (Gottman & Gottman, 2017). De esta forma, la limerencia sería una infatuación sostenida en el tiempo, también llamada infatuación maladaptativa o complicada (Martin, 2018). No obstante, dichos autores detallan la limerencia desde un contexto de relaciones de pareja, y algunos concluyen que el matrimonio tiende a reducir la limerencia por su papel como símbolo de reciprocidad (Carswell & Impett, 2021). Igualmente, es común que la limerencia y el enamoramiento se confundan, ya que ambos fenómenos provocan conductas y efectos aparentemente similares, como pensar constantemente en la otra persona, desarrollar dependencia emocional, experimentar dificultades de concentración en diversas áreas de la vida, sentir ansiedad en su presencia y notar un deseo de cercanía (Tennov, 1979).

En contraste, otros autores distinguen la limerencia como una condición diferenciada del enamoramiento, la limerencia se caracteriza por una intensidad emocional que no resulta placentera. Es asfixiante e insatisfactoria, y se enfoca más en asegurar el afecto del OL que en su bienestar, respeto, compromiso, intimidad física o incluso amor. En una relación saludable ninguno de los miembros es limerente; es decir, ninguno lucha contra pensamientos intrusivos y persistentes sobre la otra persona. En lugar de buscar desesperadamente la reciprocidad, la pareja saludable se une a través de intereses comunes y el disfrute mutuo de su compañía (Reynolds, 1983; Wakin & Vo, 2008; Willmott & Bentley, 2015; Wolf, 2017).

Según Sack (2012), quienes no logran desprenderse del sentimiento de euforia e intensidad podrían estar lidiando con limerencia, lo que puede llevar a conductas peligrosas,

como el acoso o contacto indeseado (Bitez, 2023; Sack, 2012). Collard y O’Kelly (2011), caracterizan a la limerencia como una emoción positiva no saludable o de riesgo para la salud mental, lo cual es similar a lo propuesto por otros autores, quienes denotan a la limerencia como una condición necesariamente negativa, incapacitante y problemática (Wakin & Vo, 2008; Willmott & Bentley, 2015; Wolf, 2017). Estas perspectivas resaltan que, a diferencia de otras experiencias románticas, la limerencia se caracteriza por la predominancia cognitiva y la dependencia extrema hacia el OL, lo que puede obstaculizar el desarrollo de relaciones saludables (Wakin & Vo, 2008). La naturaleza obsesiva de la limerencia refuerza su peligrosidad cuando la persona busca certeza absoluta de reciprocidad emocional, lo cual la coloca en una situación vulnerable tanto para sí misma, al poder colocarle en situaciones de abuso, como para quienes le rodean, al poder ejercer conductas de acoso (Bradbury et al., 2024).

A pesar de las diferencias entre la limerencia y el enamoramiento, ambos fenómenos pueden coexistir en ciertos contextos. Si los sentimientos románticos son correspondidos, la limerencia podrá desvanecerse progresivamente o, por el contrario, persistir, dependiendo del comportamiento de la pareja (Carswell & Impett, 2021; Gottman & Gottman, 2017; Martin, 2018). En caso de desvanecerse, la persona limerente podría buscar un nuevo OL con la esperanza de revivir la experiencia o terminar la relación por la sensación de vacío que le genera la ausencia de limerencia. Si persiste, la limerencia fluctuaría a lo largo del tiempo sin desaparecer por completo (Carswell & Impett, 2021; Tennov, 1979).

Ahora bien, para que el enamoramiento se convierta en limerencia sería bajo el contexto de que ambas partes estén experimentando la intensidad emocional propia del enamoramiento y que surjan las denominadas barreras situacionales (Wakin & Vo, 2008). Esto, desataría un proceso limerente que daría lugar a la rumiación, la repetición de experiencias pasadas, el

sobreactualización de comportamientos del otro, así como su idealización. Sin embargo, esto es poco probable y se han reportado pocos casos en los que esto ocurre (Tennov, 1979).

Además de lo ya dicho, la limerencia y el enamoramiento involucran el anhelo de la atención del otro; sin embargo, en la limerencia esto es intermitente (McCraken, 2024), ya que depende de la interpretación que haga la persona afectada del comportamiento del otro. En el enamoramiento esta fluctuación no se presenta (Camacho, 2018). Por lo tanto, se sostiene que la limerencia es una obsesión por ser amado/a, mientras que el enamoramiento implica amar a la otra persona (Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008). La incertidumbre es el desencadenante de la reacción limerente; por lo tanto, a mayor incertidumbre, la reacción limerente será más fuerte (Wolf, 2017). Cuando se alcanza la certeza sobre los sentimientos del OL, la limerencia se detiene y termina (Wyant, 2021). En este sentido, la incertidumbre no es un aspecto del enamoramiento mencionado en la literatura sobre el tema (Camacho, 2018).

Como ya se dijo, la limerencia puede llegar a tener consecuencias perjudiciales en las diferentes áreas de la vida. A este respecto, confundir la limerencia con el amor apasionado podría traer consecuencias potencialmente peligrosas. Equivocar las conductas y pensamientos limerentes como propios del enamoramiento se convierte, pues, en un impedimento para que las personas con esta condición busquen la atención psicológica necesaria para poder manejar los aspectos más incapacitantes de la limerencia. Asimismo, mientras la limerencia sea confundida con experiencias románticas será más difícil que se desarrollen intervenciones clínicas (Bitez, 2023; Bradbury et al., 2024; Sack, 2012; Wakin & Vo, 2008; Willmott & Bentley, 2015; Wolf, 2017).

Limerencia vs Adicción Amorosa

La adicción amorosa es otro concepto que está fuera del DSM 5 y del CIE-11 con el que suele confundirse la limerencia. Ambas condiciones tienen en común una dedicación excesiva de tiempo a la otra persona directa o indirectamente, la dependencia emocional y la presencia de pensamientos intrusivos y obsesivos (rumiación). Además, la búsqueda de enamorarse es una característica definitoria en la adicción amorosa, pero que no siempre se encuentra presente en la limerencia. Lo mismo pasa con los sentimientos de inadecuación, ya que son definitorios de la limerencia, pero no de la adicción amorosa (Carswell & Impett, 2021; Earp et al., 2017; Gori et al., 2023; Maglia et al., 2023; Mellody, 2006; Sanches & John, 2019; Sussman, 2010; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008).

Sumado a esto, y a diferencia de la limerencia, la adicción amorosa es un patrón de relación que puede tenerse con cualquier persona, ya sea un familiar, amistad, compañero de trabajo/escuela o con la pareja. Sin embargo, suele darse mayormente con la pareja y se caracteriza por: un deseo de ser rescatado, cuidado y protegido por la pareja; expectativas respecto a cómo la otra persona debe amarle; disminución en el autocuidado y cumplimiento de las responsabilidades para que lo haga la otra persona (dependencia física); búsqueda obsesiva de estar en pareja; autoprivación de las propias necesidades y bienestar en pro de mantener la relación; miedo al abandono; sacrificio de los propios intereses para que la relación continúe; evitación de la intimidad; permanencia en la relación aunque haya insatisfacción; impulsividad; búsqueda de novedad y sentimientos de soledad cuando no se está en una relación de pareja (Borrello et al., 2023; Cowan & Kinder, 1985; Earp et al., 2017; Gori et al., 2023; Maglia et al., 2023; Mellody, 2006; Sanches & John, 2019; Sussman, 2010; Peele, 1975).

Por su parte, la limerencia se caracteriza por un deseo obsesivo de reciprocidad emocional más que de estar en pareja. Así mismo, implica fantasías constantes de reciprocidad; admiración por la otra persona; miedo fuerte y duradero a ser rechazado emocionalmente por la otra persona más que a ser abandonado físicamente; recuerdos constantes de interacciones pasadas con la persona para detectar señales de reciprocidad; dolor en el centro del pecho; rumiación; desciframiento de comportamientos, acciones y gestos de la otra persona que impliquen reciprocidad; incertidumbre acerca de los sentimientos de la otra persona; extinción de la limerencia cuando hay certeza de que la reciprocidad existe o que no existe y búsqueda intensa de intimidad emocional en lugar de evitarla como sucede con la adicción amorosa (Bringle et al., 2013; Carswell & Impett, 2021; Sack, 2012; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017).

De este modo, los pensamientos intrusivos que comparten ambas condiciones tienen diferentes contenidos. El contenido del pensamiento intrusivo por adicción amorosa es sobre infidelidad, abandono, complacencia y aprensión. El limerente es sobre recuerdos con el OL, fantasías de reciprocidad, análisis exhaustivos sobre su comportamiento y ensayos mentales de diálogos pasados y/o ficticios con éste (Gori et al., 2023; Maglia et al., 2023; Sack, 2012; Tennov, 1979; Wolf, 2017). Así, aunque la adicción amorosa y la limerencia nacen de un estilo de apego inseguro son condiciones totalmente diferentes (Feeney & Noller, 1990).

¿Trastorno Obsesivo-Compulsivo + Trastorno de Uso de Sustancias = Limerencia?

Como se planteó anteriormente, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Uso de Sustancias (TUS) también son condiciones con las que se confunde a la limerencia (Wakin & Vo, 2008). Según el DSM 5, el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o una combinación de ambas (APA, 2022). Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que, en algún momento del trastorno, se experimentan como intrusivos e indeseados, y que causan en la mayoría de los individuos ansiedad o malestar marcados.
2. Intentos de la persona de ignorar o suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión).

Por su parte, las compulsiones se describen como:

1. Comportamientos repetitivos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, revisar cerraduras, etcétera) o actos mentales (como rezar, contar, repetir palabras en silencio, etcétera) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.
2. Los comportamientos o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir la ansiedad o el malestar, o a prevenir algún evento o situación temida. A pesar de ello, estos comportamientos o actos no están relacionados de manera realista con lo que pretenden neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.

El TOC también se caracteriza por el consumo significativo de tiempo de las obsesiones y/o compulsiones, lo cual provoca malestar clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no pueden atribuirse a los efectos de una sustancia (como drogas o un medicamento) o a otras condiciones médicas. Finalmente, la alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como las preocupaciones excesivas en el trastorno de ansiedad generalizada; la dificultad para desechar o separarse de las pertenencias como en el trastorno de acumulación; o los comportamientos repetitivos de trastornos del espectro autista.

El manual indica que debe especificarse el nivel de juicio que el individuo tiene sobre sus propias creencias relacionadas con el TOC. Existen tres niveles: el juicio regular-bueno, que es aquel donde la persona reconoce que las creencias del TOC son definitiva o probablemente falsas; el juicio pobre, que es aquel donde el sujeto considera que las creencias del TOC probablemente son verdaderas; y la ausencia de juicio, también referida como delirios, que es aquella donde el individuo está completamente convencido de que las creencias del TOC son verdaderas. Sumado a esto, debe indicarse si la persona tiene antecedentes de trastornos de tics.

Al analizar los componentes del TOC, se identifican ciertas similitudes con la limerencia. Principalmente, ambos se caracterizan por la presencia de pensamientos intrusivos y obsesivos (APA, 2022; Wakin & Vo, 2008). También comparten la posible aparición de actos mentales o conductas repetitivas para reducir el malestar generado por estos pensamientos, así como el tiempo significativo que las personas dedican a estas obsesiones o compulsiones.

Pese a las semejanzas, las diferencias entre TOC y limerencia son más marcadas. En el TOC las obsesiones no son placenteras y producen angustia. Las compulsiones son excesivas y/o no están conectadas de forma realista con el evento temido (APA, 2022). En contraste, aunque en la limerencia la persona teme al rechazo, pensar en el OL puede llegar a resultar placentero. De hecho, las acciones que realiza para agradar al OL, como dedicar más tiempo al arreglo personal, suelen ser gratificantes y generar poca angustia (Bitez, 2023; Bradbury et al., 2024; Tennov, 1979; Willmott & Bentley, 2015).

Sumado a lo anterior, la limerencia se genera y sostiene por la incertidumbre acerca de la reciprocidad emocional, mientras que el TOC se mantiene por el miedo a que ocurra un evento temido (APA, 2022; Bitez, 2023; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017). Además, en la limerencia, el miedo al rechazo provoca reajustes constantes en el comportamiento de la persona

para así lograr gustarle al OL. Por otro lado, en el TOC, el miedo genera una rigidez conductual guiada por reglas estrictas diseñadas para prevenir el evento temido (APA, 2022; Tennyson, 1979; Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017).

Las obsesiones dentro del TOC suelen girar en torno a una creencia específica, lo que lleva a realizar rituales o actos mentales para aliviar la angustia. Este trastorno se caracteriza por un ciclo de malestar (obsesiones) y alivio temporal (compulsiones). Por el contrario, la limerencia se define por la incertidumbre sobre la reciprocidad emocional, lo que genera una variedad de conductas y reacciones emocionales asociadas que oscilan entre la euforia y la desesperanza. A diferencia del TOC, la limerencia puede disminuir o desaparecer si se alcanza una certeza emocional, mientras que, en el TOC, el miedo persiste aun y cuando se realicen compulsiones para prevenir el evento temido (APA, 2022; Tennyson, 1979; Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017).

Por lo que se refiere al TUS, el DSM-5 establece que su característica esencial es la presencia de un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que reflejan el consumo continuo de una sustancia a pesar de los problemas significativos asociados con su uso. Un aspecto clave del TUS es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales, el cual puede persistir incluso después de la desintoxicación. Estos cambios cerebrales se manifiestan en recaídas frecuentes y en un intenso deseo por la sustancia, especialmente cuando los individuos se ven expuestos a estímulos relacionados con ella (APA, 2022).

EL TUS se caracteriza por un patrón problemático en el uso de una sustancia que se manifiesta a través de una serie de síntomas. En primer lugar, el control sobre el uso se ve deteriorado, lo cual se evidencia cuando el individuo consume la sustancia en cantidades mayores o durante más tiempo del que pretendía inicialmente. A pesar de sus esfuerzos constantes por reducir o controlar el consumo, estos intentos suelen ser infructuosos. Además,

gran parte de su tiempo se emplea en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, su consumo y la recuperación de sus efectos, lo que provoca que, en los casos más graves, todas las actividades cotidianas giren en torno a la sustancia. Uno de los síntomas más significativos es el deseo intenso o *craving*, donde el sujeto experimenta una necesidad urgente de consumir la sustancia, que se intensifica en contextos donde previamente la ha consumido o conseguido (APA, 2022).

En cuanto a las repercusiones sociales, el uso recurrente de la sustancia puede causar un deterioro significativo en el cumplimiento de responsabilidades importantes, ya sea en el trabajo, en la escuela o en el hogar, por nombrar algunos. A pesar de los problemas interpersonales persistentes que surgen o empeoran a causa del consumo, el individuo sigue utilizando la sustancia. Este patrón conduce a la disminución o abandono de actividades importantes, tanto recreativas como laborales o familiares, ya que el consumo se convierte en una prioridad sobre otras facetas de la vida (APA, 2022).

El uso también se extiende a situaciones peligrosas o de alto riesgo, donde el consumo pone en peligro la seguridad del individuo o de los demás. Aun cuando el individuo es consciente de que el uso está afectando negativamente su salud física o psicológica, persiste en su consumo, lo que resalta la naturaleza compulsiva de este trastorno (APA, 2022). Finalmente, el trastorno se asocia con la aparición de síntomas farmacológicos, que son la tolerancia y la abstinencia.

La tolerancia se desarrolla cuando el individuo necesita consumir dosis mayores para obtener los mismos efectos que antes lograba con cantidades menores, o cuando la sustancia ya no produce el mismo efecto con las dosis habituales. La abstinencia aparece cuando disminuyen los niveles de la sustancia en el cuerpo tras un uso prolongado, lo que provoca malestar físico o psicológico. Ante estos síntomas, el individuo suele volver a consumir la sustancia para aliviar el

malestar, lo que refuerza el ciclo de dependencia. Estos síntomas son particularmente notorios en el consumo de sustancias como el alcohol y los opioides, aunque varían según la sustancia consumida (APA, 2022).

Al igual que con el TOC, existen varias similitudes clave entre el TUS y la limerencia, empezando por el hecho de que ambos implican una fuerte dependencia hacia un *objeto* externo: en el caso del TUS, es una sustancia, mientras que en la limerencia es una persona (el OL). En ambos casos, el individuo experimenta tolerancia, es decir, una necesidad creciente de interacción con el objeto (la sustancia o el OL) para mantener el mismo nivel de bienestar o satisfacción. Además, cuando se produce la ausencia del objeto, aparecen síntomas de abstinencia, como dolor físico, irritabilidad y depresión, lo que impulsa a la persona a buscar nuevamente al objeto. Tanto en el TUS como en la limerencia, se observan patrones de comportamiento compulsivo, donde el individuo dedica una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para asegurar su acceso al objeto, a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas en su vida cotidiana (Wakin & Vo, 2008). Tales semejanzas se muestran también en la Figura 2.

Figura 2

Características en común de la Limerencia con el TOC y el TUS

- Activación del sistema de recompensas
- Deseo intenso de consumo
- Deseos de dejar la sustancia sin éxito
- Inversión de una gran cantidad de tiempo buscando, consumiendo o recuperándose de los efectos de la sustancia
- La rutina diaria gira en torno a la sustancia
- Reducción o abandono de la actividad social o interpersonal
- El consumo puede llevar a incumplir deberes académicos, laborales o domésticos
- Pensamientos o imágenes recurrentes, no deseadas que causan ansiedad o malestar importante
- Conductas o actos mentales repetitivos en respuesta a los pensamientos para disminuir el malestar
- Las obsesiones o compulsiones tienen una duración significativa que resulta en deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento



En su forma más básica, el objetivo del uso de sustancias es alcanzar un estado mental alterado, a menudo como una estrategia de afrontamiento, y el medio para ello es la sustancia misma. En contraste, el objetivo de la limerencia es lograr la reciprocidad emocional, aunque los medios para ellos son elusivos e indeterminados, ya que dependen de la interpretación subjetiva de las señales de comportamiento del OL. Dado que esas señales cambian constantemente según las conductas del OL y de las respuestas que el propio limerente emite, la persona afectada desarrolla una hipersensibilidad hacia las señales de comportamiento. Estas señales actúan como indicadores del éxito en lograr reciprocidad y sirven como guía para su propio comportamiento. Así, la reciprocidad se convierte en un fin que rara vez se alcanza plenamente; y, cuando se logra, la intensidad de la limerencia suele disminuir o desaparecer, lo cual no ocurre en la

adicción, que tiende a intensificarse con el tiempo, llegando incluso a ser mortal por sobredosis o por la abstinencia (APA, 2022; Wakin & Vo, 2008).

En suma, aunque la limerencia comparte aspectos con el TOC y con el TUS, no puede reducirse a una combinación de estos fenómenos. La búsqueda incesante de reciprocidad emocional y la sensibilidad a los cambios en el comportamiento del OL representan un proceso complejo y único que no encaja completamente en el marco de estos trastornos. La limerencia, por lo tanto, constituye una experiencia emocional distintiva que, si bien tiene puntos en común con ambas condiciones, posee características y dinámicas que la diferencian fundamentalmente (APA, 2022; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008).

Limerencia vs Erotomanía

Dentro del DSM-5-TR (APA, 2022), la erotomanía, también conocida como delirio erotomaniaco, se clasifica dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Estos trastornos se distinguen por alteraciones en uno o más de los siguientes ámbitos: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, síntomas negativos y comportamiento motor desorganizado. Dentro de este contexto, la erotomanía es un subtipo del trastorno delirante. La erotomanía, al igual que los demás subtipos del trastorno delirante, está vinculada directamente con los delirios, que son creencias que permanecen fijas a pesar de evidencia contraria. En el caso del delirio erotomaniaco, la persona cree firmemente que otra, generalmente de un estatus social más alto (pero no necesariamente), está enamorada de ella, a pesar de que no haya pruebas que lo confirmen.

Específicamente, diferenciar un delirio como el erotomaniaco de una creencia firme es difícil de hacer, ya que depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra. Además, los delirios pueden ser

extravagantes, que es cuando son claramente inverosímiles, incomprensibles o cuando no proceden de experiencias de la vida corriente. Ocasionalmente, es difícil distinguir un delirio extravagante de uno no extravagante. Generalmente, se consideran extravagantes los delirios que expresan una pérdida de control sobre la mente o cuerpo, el robo del pensamiento, la inserción del pensamiento y los delirios de control (fuerza externa que manipula el cuerpo o la mente). Además de la distinción de extravagancia, se identifica el contenido de los delirios, que puede ser de las siguientes categorías: persecutorios, referenciales, de grandeza, nihilistas, somáticos y erotomaníacos (APA, 2022).

El trastorno delirante tiene como criterios según el DSM-5-TR:

- A. Presencia de uno (o más) delirios con una duración de 1 mes o más.
- B. El Criterio A para esquizofrenia nunca se ha cumplido. El criterio A de la esquizofrenia implica presentar dos (o más) de los siguientes, durante una parte significativa del tiempo durante un período de 1 mes. Al menos uno de ellos debe ser 1, 2 o 3:
 - 1) Delirios.
 - 2) Alucinaciones.
 - 3) Discurso desorganizado (p. ej., frecuentes descarrilamientos o incoherencia).
 - 4) Comportamiento marcadamente desorganizado o catatónico.
 - 5) Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).
- C. Aparte del impacto del(los) delirio(s) o sus consecuencias, el funcionamiento no está marcadamente deteriorado, y el comportamiento no es obviamente extraño o excéntrico.
- D. Si han ocurrido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica, y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Luego, se debe especificar si el trastorno es del tipo erotomaníaco, grandioso, celotípico, persecutorio, somático, mixto o no específico. Después, se detalla el curso del trastorno a lo largo de un año, es decir, si la persona está en un primer episodio agudo, en remisión parcial, en remisión total, múltiples episodios con episodio actual agudo, con episodio actual en remisión parcial o con episodio actual en remisión total, continuo o no específico. Por último, se especifica la severidad actual a través de una valoración cuantitativa de los síntomas en los últimos 7 días con una escala del 0 (no presente) al 4 (presente y severo). Sin embargo, el diagnóstico del trastorno delirante puede hacerse sin usar los especificadores de severidad sintomática (APA, 2022).

La erotomanía es un trastorno delirante poco común que se asocia principalmente con historiales de psicosis (Jordan et al., 2006). En contraste, la limerencia se relaciona más con los trastornos obsesivos (Sutherland, 2022; Wakin & Vo, 2008), y, además, existe poca información sobre el historial clínico de las personas que la padecen (Bradbury et al., 2024). La principal diferencia entre ambas condiciones radica en su esencia: mientras que la erotomanía implica la creencia firme de que alguien está enamorado de la persona a pesar de la evidencia en contra (APA, 2022), la limerencia se caracteriza por una duda constante sobre si ese alguien ama o no a la persona limerente (Bradbury et al., 2024; Tennov, 1979; Wolf, 2017). Asimismo, aunque la erotomanía generalmente implica la creencia de que alguien, a menudo de mayor estatus, ama a la persona afectada (Valadas & Bravo, 2020), la limerencia no se restringe a personas de poder o estatus; cualquier individuo puede convertirse en Objeto Limerente (Bradbury et al., 2024).

Finalmente, la limerencia suele cesar cuando se obtiene certeza sobre la reciprocidad o falta de ella (Tennov, 1979), lo que contrasta significativamente con la persistencia de la erotomanía (APA, 2022).

A pesar de las diferencias, es posible encontrar algunas similitudes entre la limerencia y la erotomanía que contribuyen a su confusión. Estas semejanzas incluyen la fascinación por una persona, la idealización de esa persona, y las intensas emociones que evoca tanto la limerencia como la erotomanía. También, se presentan dificultades para distinguir la realidad, ya sea por el sobreanálisis de la relación y de la persona (Wolf, 2017), o por estar convencido de que existe un vínculo amoroso a pesar de evidencia contraria. Sumado a esto, ambos fenómenos pueden tener un impacto significativo en la vida emocional y social de las personas, aunque difieren en su clasificación clínica y en la naturaleza de sus síntomas (APA, 2022; Bradbury et al., 2024; Sutherland, 2022; Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008; Wolf, 2017).

En conclusión, la limerencia, aunque comparte características con otros fenómenos psicológicos, se distingue claramente de condiciones como la erotomanía, el TOC, el TUS, la adicción amorosa y el enamoramiento. Mientras que en la erotomanía predomina la creencia delirante sobre la reciprocidad amorosa, en la limerencia, la duda constante y la incertidumbre sobre la correspondencia afectiva son claves. El TOC, por su parte, se centra más en la presencia de pensamientos intrusivos y compulsiones, mientras que la limerencia está marcada por la idealización y cierto disfrute emocional. En cuanto a los TUS y la adicción amorosa, aunque pueden presentar algunos síntomas comunes, como la dependencia emocional, la limerencia se caracteriza por su énfasis en la obsesión por una persona específica, sin involucrar comportamientos compulsivos. Esta distinción entre la limerencia y otras condiciones es esencial para su comprensión y diagnóstico adecuado, dado que la limerencia puede ser confundida

fácilmente con otras patologías, e incluso con el enamoramiento, debido a las similitudes superficiales de los síntomas, pero sus características fundamentales son únicas y merecen una atención especializada.

Rumiación Limerente

La rumiación se ha definido como un tipo de pensamiento consciente que se centra en un solo tema de manera persistente y repetitiva, incluso sin estímulos externos (Martin & Tesser, 1996). Este pensamiento constante suele enfocarse en un objetivo o preocupación personal, en algunos casos, puede ser constructivo y facilitar el éxito en la consecución de una meta (Watkins, 2008). Sin embargo, la rumiación también puede ser no constructiva y relacionarse con metas inalcanzables, como en la limerencia, y sus efectos pueden ser perjudiciales (Bradbury et al., 2024; Watkins, 2008). Un tipo de rumiación no constructiva ampliamente estudiado es la rumiación depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991), caracterizada por pensamientos constantes sobre los síntomas del malestar emocional y sus posibles causas y efectos (Alzugaray et al., 2015).

La rumiación ha sido identificada como un proceso transversal o transdiagnóstico, lo que significa que es compartida por múltiples desórdenes psicológicos, y, además, contribuye de manera causal al inicio, mantenimiento, recurrencia y recuperación de múltiples trastornos (Watkins, 2016). Sumado a lo anterior, la rumiación se define por su naturaleza pasiva y repetitiva más que por el contenido de los pensamientos (Nolen-Hoeksema, 1991). De este modo, se identifica que el componente principal de la limerencia es la rumiación (Reynolds, 1983), lo que explicaría varios síntomas como parte de la rumiación (ver Tabla 2).

Tabla 2*Síntomas de limerencia según Wakin & Vo que se explican por la rumiación*

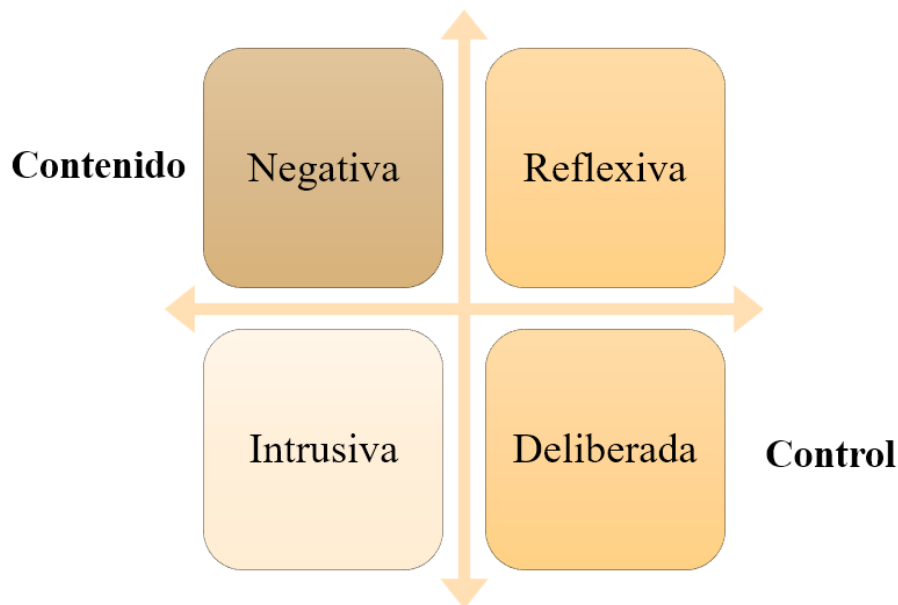
Dimensión	Síntomas asociados a la rumiación	¿Asociado a rumiación?
Pensamientos intrusivos y obsesivos sobre el OL	1) Pasar más tiempo pensando en el OL que en cualquier otra persona o cosa.	Sí
	2) Dificultad para evitar, reducir o dejar de enfocarse en el OL a pesar de la voluntad	Sí
	3) Distracción hasta el punto en que se comprometen las relaciones y las responsabilidades.	Sí
	4) Interpretaciones persistentes y exageradas, ya sean positivas o negativas, de las señales de comportamiento del OL.	Sí
Repetición y ensayo	1) Alta susceptibilidad a las señales de comportamiento del OL	Sí
	2) Repetición mental constante de interacciones ocurridas con el OL la mayor parte del tiempo.	Sí
	3) Anticipación constante a interacciones con el OL que aún no han ocurrido.	Sí
	4) Fantasías vívidas constantes en las que el OL corresponde a los sentimientos e intenciones.	Sí
	5) Las fantasías crean sentimientos de esperanza de reciprocidad por parte del OL, lo que impulsa comportamientos o reacciones excesivas e irracionales.	No
	6) Con frecuencia, estas acciones comprometen la eficiencia/productividad.	Sí
Ansiedad y sentimientos de inadecuación	1) Intentos constantes para presentarse a sí mismo de la manera más favorable posible ante el OL.	No
	2) Síntomas fisiológicos como sudoración, palpitaciones cardíacas, falta de aliento, etcétera, acompañando sentimientos de timidez, vergüenza y ansiedad.	No
	3) Dolor en el pecho o en las regiones abdominales que se intensifica con la creciente incertidumbre y/o con signos aumentados de rechazo por parte del OL.	No
	5) Torpeza social en presencia del OL.	No
		No

Dimensión	Síntomas asociados a la rumiación	¿Asociado a rumiación?
Ansiedad y sentimientos de inadecuación	5) La timidez, vergüenza y ansiedad se intensifican en la presencia real o imaginaria del OL.	Sí
	6) Miedo fuerte, persistente y duradero a ser rechazado por el OL.	Sí
Dependencia emocional	1) Anhelo fuerte, persistente y duradero de reciprocidad por parte del OL.	No
	2) Los sentimientos de depresión y/o aprensión se intensifican con la creciente incertidumbre y/o con signos aumentados de rechazo por parte del OL.	Sí
	3) Los sentimientos de éxtasis se intensifican con signos de reciprocidad por parte del OL.	No
	4) Labilidad afectiva.	Sí
	5) Anhelo y deseo de reciprocidad que se intensifica y magnifica con la incertidumbre sobre los sentimientos del OL.	Sí
	6) Anhelo y deseo de reciprocidad que se intensifica y magnifica con la presencia de barreras situacionales.	Sí
Funcionamiento deteriorado	1) Las relaciones y responsabilidades se ven comprometidas debido a la preocupación constante por el OL.	Sí

Existen dos formas de categorizar la rumiación, ilustradas en la Figura 3 (García et al., 2018). La primera, se basa en el contenido de los pensamientos y se divide en rumiación negativa, también llamada *brooding*, y rumiación reflexiva (Treynor et al., 2003). La rumiación reflexiva, implica un proceso introspectivo en el que la persona explora las razones de su estado emocional con el objetivo de comprender y resolver las dificultades que experimenta. En cambio, la rumiación negativa, es una respuesta pasiva en la que el individuo se concentra en el malestar, manteniendo una visión negativa de sí mismo y evitando afrontar el problema (Cova et al., 2007; Kane, 2009). En la limerencia, la rumiación negativa daría lugar a los síntomas de las dimensiones de ansiedad y sentimientos de inadecuación y de dependencia emocional.

Figura 3

Tipos de rumiación



La segunda clasificación se refiere al grado de control sobre estos pensamientos y se divide en rumiación intrusiva (RI) y rumiación deliberada (RD; Calhoun et al., 2000; Cann et al., 2011). La RI consiste en pensamientos no deseados sobre una experiencia que invaden la mente, sin que la persona decida evocarlos. La RD, en cambio, es un proceso intencional orientado a gestionar la situación y reflexionar sobre ella, con la intención de reinterpretar los significados de la experiencia, comprenderla mejor e identificar aspectos positivos derivados del evento vivido (Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Rajandram et al., 2011; Stockton et al., 2011; Taku et al., 2009). En el contexto de la limerencia, la rumiación deliberada de fantasías, búsqueda de señales de reciprocidad, repeticiones y ensayos mentales, entre otros tipos de pensamientos, pasaría a ser intrusiva en la medida en que a la persona le va resultando cada vez más difícil controlar cuánto y cuándo piensa en su OL (Tennov, 1979).

En general, rumiar constantemente tiene efectos negativos a largo plazo (Toro et al., 2020). Estos incluyen el incremento de pensamientos negativos, la interferencia en el

procesamiento necesario para resolver problemas, la reducción de las estrategias de afrontamiento activas, el mantenimiento de estresores y la disminución del apoyo social. Con el tiempo, la rumiación puede contribuir a la aparición de temores específicos, baja autoestima, dificultades en las relaciones sociales y en el aprendizaje (Epkins et al., 2013; Lo et al., 2010). Asimismo, se ha vinculado con el uso de estrategias poco efectivas para regular las emociones, como intentar suprimir pensamientos no deseados (Wenzlaff & Luxton, 2003), un enfoque que suele fracasar (Joorman, 2004). También, la rumiación puede llevar a la evitación de conductas adaptativas, tanto en lo interpersonal como en lo intrapersonal, tales como evitar eventos sociales o posponer decisiones relevantes para el futuro (Moulds et al., 2007).

La rumiación se considera una estrategia de afrontamiento evitativa (Hernández-Guzmán et al., 2009), ya que cumple la función de mantener a la persona alejada de la interacción activa con su entorno y de obstaculizar la resolución práctica de los problemas (Moulds et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 1991). Este proceso de pensamiento también se vincula con la interpretación distorsionada de las situaciones, lo que lleva a la persona a evitar activamente la búsqueda de soluciones o de acción. En particular, los pensamientos automáticos y la interferencia emocional que estos generan predisponen a las personas con estados emocionales negativos, como la depresión, a centrarse en información negativa. Lo mismo ocurre cuando hay estados emocionales positivos (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Just & Alloy, 1997; Showers & Ruben, 1990).

A partir de lo anterior, la rumiación, en el contexto de la limerencia, mantendría a la persona en un estado de quietud, donde estas distorsiones cognitivas se manifestarían como una percepción exagerada de similitudes entre el OL y ella, muchas veces alimentadas por la falta de información real sobre el OL (Bringle et al., 2013). Así, la persona cree e imagina que su OL es

un *match* perfecto, perpetuando el ciclo de rumiación. De igual manera, los pensamientos automáticos y la interferencia emocional derivados de la rumiación predispondrían a la persona a centrarse en aspectos negativos cuando percibe baja probabilidad de reciprocidad emocional, resultando en depresión y desesperanza, o en aspectos positivos, produciendo euforia y alegría cuando la persona percibe alta probabilidad de reciprocidad emocional (Tennov, 1979; Wakin & Vo, 2008).

La rumiación se ha identificado como un mecanismo cognitivo responsable del desarrollo y mantenimiento de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Bradbury et al., 2024). Este estilo cognitivo tiene un efecto negativo en cualquier psicopatología existente, ya que amplifica los estados de ánimo negativos y reduce la capacidad de respuesta ante las señales cambiantes del contexto (Watkins & Roberts, 2020). Este proceso repetitivo mantiene la atención en la meta deseada, reforzando constantemente la discrepancia entre esa meta y la realidad actual, lo que genera emociones negativas persistentes como nerviosismo, miedo, culpa o ira (Toro et al., 2020).

Dado lo anteriormente expuesto, se sostiene que la rumiación constituye el núcleo de la limerencia (Reynolds, 1983), ya que se centra en la resolución de una meta específica, que es la obtención de reciprocidad afectiva por parte del OL, a través de un pensamiento repetitivo que persiste incluso en ausencia de estímulos externos (Papageorgiou & Wells, 2004). Este patrón genera una retroalimentación emocional constante, donde la incertidumbre sobre los sentimientos del OL y el deseo intenso de reciprocidad mantienen la atención fija en la relación, promoviendo un estado de hipervigilancia emocional (Wolf & Lemay, 2017). La dificultad para gestionar dichos pensamientos intensificaría los síntomas de la limerencia, afectando el bienestar emocional de quienes la experimentan.

En este sentido, intervenir la limerencia implica necesariamente abordar su componente central: la rumiación. Reducir este patrón de pensamiento podría favorecer no solo una disminución de la sintomatología limerente, sino también un cambio hacia respuestas más funcionales, orientadas a la toma de acción. Por ello, el presente trabajo se enfocará en el tratamiento de la rumiación limerente como problemática principal, atendiendo así una dimensión clave del fenómeno y respondiendo a la actual falta de intervenciones especializadas en limerencia.

La rumiación limerente, como un proceso cognitivo persistente y repetitivo, no solo se establece como el núcleo de la limerencia, sino que también influye significativamente en el bienestar emocional de quienes la experimentan. Este ciclo de pensamientos puede contribuir al mantenimiento de síntomas como la ansiedad, la desesperanza, la depresión o la euforia, dependiendo de la percepción de reciprocidad. Además, la dificultad para regular esta rumiación limita las estrategias de afrontamiento efectivas y favorece la inmovilización emocional. En este contexto, entender la prevalencia y las características demográficas de la rumiación limerente resulta crucial, ya que puede ayudar a contextualizar y esclarecer la magnitud de esta condición en la población general.

Datos Epidemiológicos

Dado que no existen datos epidemiológicos específicos sobre la prevalencia de la rumiación limerente, se abordarán por separado estos constructos. Aunque existen estimaciones sobre la prevalencia de la limerencia, estas no cuentan con el respaldo de instituciones oficiales como la Organización Mundial de la Salud, los anales de psicología o el gobierno de México. Por ejemplo, páginas como *Living with Limerence* y *Psychology Today* estiman una prevalencia del 4 al 5% en la población angloparlante (Dr. L, 2020; Keller, 2011). Sin embargo, no se

dispone de información que explore la relación entre la limerencia y otras condiciones como la ansiedad, los delirios o el trastorno por uso de sustancias. Aunque se sospecha una posible comorbilidad con trastornos de ansiedad, aún no está bien documentada.

En cuanto a la rumiación, una revisión sistemática que abarcó el periodo entre 2010 y 2019 analizó la relación entre la rumiación y la psicopatología internalizante, centrándose en la ansiedad, la depresión y la somatización. El estudio siguió los lineamientos del modelo PRISMA y abarcó investigaciones en inglés y español en bases de datos como *Science Direct*, *Psicodoc*, *ProQuest*, *PsyArticles* y *Medline*, utilizando como descriptores principales *rumiación cognitiva* y *psicopatología internalizante*. De un total de 11,730 artículos identificados, 31 fueron incluidos en la revisión final. Los países donde se reportaron dichos estudios fueron Estados Unidos, Canadá, República Checa, Egipto, Reino Unido, España, China, Holanda, Australia y Bélgica (Toro et al., 2020).

La psicopatología internalizante hace referencia a un conjunto de trastornos caracterizados por el desarrollo de malestar emocional que se experimenta y manifiesta internamente, sin una expresión abierta hacia el entorno. Los trastornos internalizantes se expresan principalmente a través de un sufrimiento silencioso y personal. Estos trastornos afectan principalmente al individuo en su relación consigo mismo y en su capacidad para interactuar adecuadamente con el entorno. Además, este tipo de trastornos suele estar asociado con una mayor vulnerabilidad a experimentar dificultades recurrentes en los procesos cognitivos, como pensamientos intrusivos, preocupación excesiva y rumiación (Toro et al., 2020).

Los resultados destacaron que la rumiación actúa como un predictor importante de trastornos de ansiedad y depresión, mientras que su vínculo con la somatización es menos concluyente, salvo casos de dolor crónico. Además, se identificó una mayor prevalencia de

rumiación en mujeres y en diversos grupos etarios. Desde una perspectiva explicativa, la rumiación se asocia a estilos cognitivos disfuncionales, que contribuyen tanto a la vulnerabilidad como al mantenimiento de la psicopatología internalizante, lo que resalta su papel en la persistencia de estas condiciones (Toro et al., 2020).

Bajo esta línea, las psicopatologías internalizantes como la depresión y la ansiedad son de las condiciones de salud mental más frecuentes a nivel global, afectando significativamente la capacidad laboral y productiva de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2017). Se estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, lo que la convierte en la principal causa de discapacidad. Asimismo, alrededor de 260 millones de personas sufren trastornos de ansiedad, destacando la magnitud de estos problemas en la salud pública (Romero, 2024).

En otra revisión sistemática de investigaciones hechas entre 2000 y 2018 se evidenció una relación significativa entre la rumiación y las psicopatologías externalizantes (Toro et al., 2020). Se siguió el modelo PRISMA y se utilizaron los términos *rumiación*, *ira*, *agresión*, *conductas antisociales*, *adicción* y *desórdenes de la conducta* en las bases de datos EBSCO, MEDLINE, Psycodoc, PsycARTICLES y Science Direct. De un total de 7636 artículos revisados, se seleccionaron 17 que cumplieran con los criterios establecidos, provenientes de países como Italia, Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Japón.

Los resultados indicaron que las conductas agresivas, desadaptadas, el tono de voz elevado, la desobediencia, la ingesta desmedida de alcohol y la agitación psicomotora están estrechamente vinculadas con la rumiación. Estas conductas presentaron correlaciones estadísticamente significativas con la ira, que actúa como un precursor de comportamientos externalizantes. Asimismo, se identificó que factores como la angustia, el estrés, la irritabilidad,

el miedo y las experiencias laborales adversas contribuyen a un aumento en la rumiación cognitiva. Dicho aumento deriva en alteraciones conductuales caracterizadas por la falta de recursos de afrontamiento y autocontrol, particularmente en situaciones de provocación y respuesta de ira (Toro et al., 2020).

La psicopatología externalizante agrupa problemas de conducta que incluyen agresividad hacia terceros, hiperactividad y una pobre regulación de los impulsos. Estas dificultades generan desajustes significativos en contextos escolares, familiares, sociales, entre otros (Campbell, 1990; Campbell et al., 2000). Ejemplos de estas conductas desajustadas son las peleas, actos de destrucción o manipulación que implican la violación de normas y afectan a otras personas. Estas expresiones se manifiestan como agitación psicomotora, desobediencia y comportamientos delictivos (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach et al., 2016).

A nivel clínico, los problemas de conducta externalizante abarcan síntomas como la agresividad, el déficit de atención, la hiperactividad, comportamientos desorganizados y síndromes relacionados con conductas delictivas y antisociales (Achenbach & Rescorla, 2001). Estas características están fuertemente asociadas a una serie de consecuencias negativas en el desarrollo. Por ejemplo, el fracaso académico y las relaciones interpersonales conflictivas suelen estar presentes desde edades tempranas. Además, estas dificultades incrementan la probabilidad del consumo de drogas, de incursionar en actividades criminales y de desarrollar otras condiciones psicopatológicas más complejas. Entre estas últimas, destacan la ludopatía y otros comportamientos impulsivos que limitan la funcionalidad y calidad de vida (Patel et al., 2017).

En otras revisiones sistemáticas, se ha identificado que la rumiación es un factor predisponente y de mantenimiento en la coexistencia de la depresión y el dolor crónico (Rosales & Goldfarb, 2019). Además, se ha señalado una correlación negativa entre la rumiación y la

capacidad de resolución de problemas, dupla que está involucrada en el ciclo depresivo (Copati, 2018). En México, se ha reportado que la rumiación es más prevalente en mujeres que en hombres (García et al., 2017; Palacios et al., 2022). También, se ha mencionado como un factor contribuyente al riesgo suicida, particularmente a través de la autolesión (Bolaños-López & Hurtado-Ordoñez, 2024).

Por otro lado, siguiendo en el contexto nacional, una investigación sobre crecimiento postraumático en 139 deudos por COVID-19, con edades entre 18 y 61 años, identificó que la rumiación intrusiva actúa como mediadora en el crecimiento postraumático al facilitar la transición hacia la rumiación deliberada y la gratitud, permitiendo una mejor asimilación de la pérdida y el duelo (Quezada & de la Garza, 2024). En otro estudio realizado con 95 universitarios deportistas, de los cuales el 60% eran hombres y el 40% mujeres, se reportó un bajo índice general de rumiación. No obstante, el nivel de rumiación negativa resultó ser mayor que el de rumiación reflexiva (Valenzuela et al., 2024).

La información disponible sobre la prevalencia de la limerencia, la rumiación y la rumiación limerente aún es limitada, y aunque los estudios han identificado patrones de comorbilidad de la rumiación con la ansiedad o la depresión no son hallazgos definitivos ni ampliamente aceptados. La rumiación, en sus diferentes formas, ha demostrado ser un factor relevante en el desarrollo tanto en psicopatologías internalizantes como externalizantes, afectando especialmente a las mujeres. A medida que la investigación avanza, resulta necesario profundizar en la comprensión de los mecanismos subyacentes de la rumiación limerente. Por ello, el siguiente paso es revisar los estudios más recientes que han abordado estos fenómenos, con el fin de analizar los avances en el campo y las intervenciones más relevantes desarrolladas en los últimos diez años.

Estado del Arte

Limerencia

Existen escasos trabajos de intervención en limerencia. Uno de ellos es el análisis fenomenológico de la experiencia limerente realizado con seis participantes de diferentes partes del mundo (Willmott & Bentley, 2015). En este estudio exploratorio, se buscó elaborar una *trayectoria limerente* de los participantes para identificar puntos en común en sus experiencias mediante la recopilación de sus escritos en un diario llevado de manera online. Esta trayectoria reveló cinco etapas, de las cuales las primeras tres son cíclicas: rumiación; ansiedad y depresión transitorias; desintegración del Yo; reintegración de experiencias pasadas y búsqueda de la autenticidad.

La rumiación se refiere a pensamientos repetitivos, obsesivos, adictivos, distractores y absorbentes que impactan en la vida diaria. En algunos casos, el OL se describió como un pasatiempo, una pasión y una obsesión; en otros, como un deseo emocional desproporcionado que, a pesar de ser reconocido como irracional, fue superado por la búsqueda intensa de conexión emocional con el OL. Además, se halló que al igual que con la limerencia, la rumiación y el desarrollo de asociaciones de los pensamientos con el OL tienen un inicio rápido (unas pocas semanas) y a partir de ahí consumen una gran cantidad de tiempo. Esto significa que los pensamientos sobre cualquier temática se asociaron de alguna manera con el OL (Willmott & Bentley, 2015).

La etapa de ansiedad y depresión transitorias se refiere a un período en el que los participantes experimentaron una combinación intensa de ansiedad y depresión debido a la incertidumbre sobre si el OL correspondía a sus sentimientos. Esta incertidumbre sobre la reciprocidad emocional generó una sensación de ansiedad constante sin una causa fija. Los

síntomas durante esta etapa incluyeron pensamientos obsesivos sobre las interacciones con el OL, búsqueda constante de señales de reciprocidad, y un péndulo emocional que oscilaba entre la esperanza y la desesperación (Willmott & Bentley, 2015).

En este contexto, se identificó que los sentimientos de ansiedad pueden intensificarse si la persona percibe que el OL se aleja o no responde de la manera esperada, lo que a su vez puede llevar a una depresión temporal pero profunda. Este estado puede afectar significativamente la vida diaria, manifestándose en síntomas físicos como palpitaciones, mareos, sudoración y cambios en la dieta y el sueño. La etapa de ansiedad y depresión transitorias puede también incluir pensamientos de desesperanza y, en casos extremos, ideación suicida, especialmente cuando la persona tiene antecedentes de problemas de salud mental, como fue el caso de dos participantes (Willmott & Bentley, 2015).

La desintegración del Yo se caracteriza por un estado de confusión emocional que se manifiesta en emociones incontrolables y turbulentas. Los participantes del estudio reportaron sentimientos de confusión, inestabilidad y pérdida de control, llegando incluso al punto de acechar al OL. Todos describieron la limerencia como una montaña rusa emocional, con intensos altibajos que incluían momentos de euforia y desesperación, mezclados con culpa y autocrítica. La falta de comprensión de los participantes sobre lo que estaba sucediéndoles y la ausencia de un término adecuado para describir su experiencia contribuyeron a la sensación de caos interno. La desintegración del Yo fue vista por los participantes como un período profundamente desestabilizador y negativo, que afectó gravemente su equilibrio emocional y mental (Willmott & Bentley, 2015).

En la etapa de reintegración de experiencias pasadas los participantes experimentaron un proceso de introspección y crecimiento personal debido a la limerencia. Todos ellos se enfocaron

en identificar las causas o desencadenantes de sus experiencias limerentes, describiendo el inicio de ésta como una *tormenta perfecta* que involucraba una serie de experiencias pasadas y actuales de vida. Estos factores incluían insatisfacción/aburrimiento en relaciones actuales, problemas de salud mental propios o de personas cercanas (especialmente depresión), así como eventos negativos de la vida (como el duelo). Además, se consideró el momento de aparición del OL y su proximidad, junto con desencadenantes específicos percibidos como característicos del OL, como el contacto visual inusualmente intenso, que generaba una sensación de conexión (Willmott & Bentley, 2015).

Igualmente, aspectos de la personalidad y presencia del OL, como su perfume, se percibían como familiares y atractivos, recordando a cuidadores tempranos y experiencias infantiles. Esta familiaridad estaba ligada a experiencias pasadas negativas, como la ansiedad por separación y el apego inseguro. Las fantasías de los participantes solían idealizar al OL, viéndole como alguien perfecto y divino, lo que ofrecía alivio temporal. Algunos mencionaron fantasías sexuales, aunque otros las evitaban para no *contaminar* la experiencia limerente. Al examinar las causas y desencadenantes de la limerencia, los participantes daban cuenta de que la limerencia involucra tanto un OL interno/idealizado como uno externo/real. Visto de esta manera, el fenómeno no se trata tanto de la agencia del OL, sino de una creación de la persona limerente. Un participante resumió que la limerencia, aunque parece centrarse en el OL, en realidad se trata de necesidades relacionales y deseos no satisfechos de la propia persona limerente que se cristalizan en un deseo intenso y enfocado en una sola persona (Willmott & Bentley, 2015).

Finalmente, la etapa de búsqueda de autenticidad conllevó que los participantes consideraran que la limerencia les dio la oportunidad de ser más auténticos consigo mismos. Para la mayoría de ellos, esto implicaba una reflexión obsesiva sobre si debían revelar sus

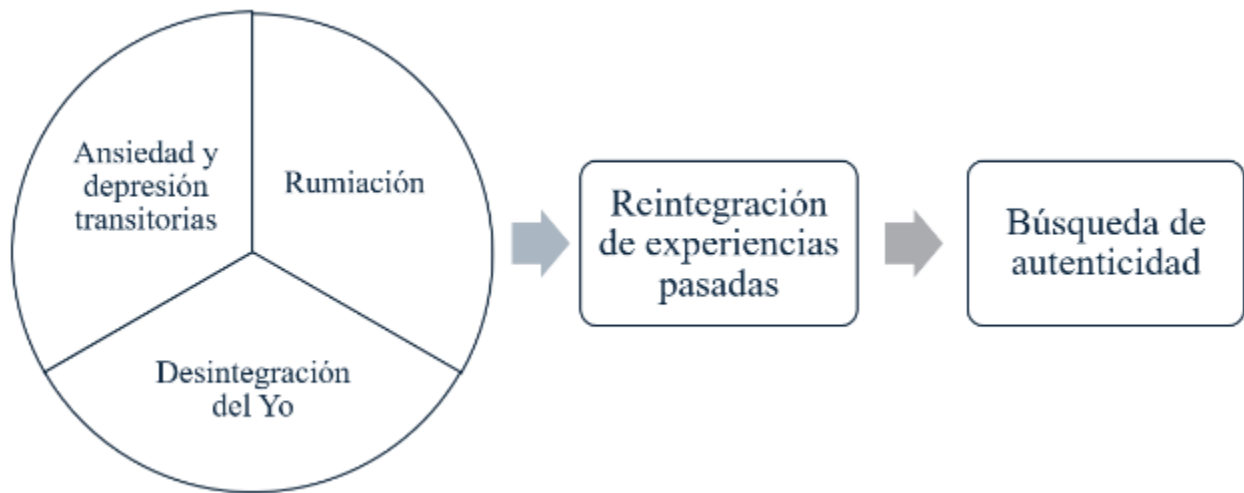
sentimientos al OL y qué estrategias de afrontamiento podrían emplear para lidiar con ello. Algunos incluso se enfrentaron a la decisión de seguir manteniendo contacto o amistad con su OL. En este proceso, también reconocieron la presencia de emociones positivas asociadas con la limerencia. La revelación de los sentimientos era una preocupación constante para todos los participantes, quienes, en su mayoría, compartieron sus sentimientos con su OL, experimentando diversos grados de arrepentimiento, junto con sentimientos mezclados y resultados variados (Willmott & Bentley, 2015).

Aunque varios participantes creían que la revelación de sus sentimientos podría brindar claridad y ayudarles a avanzar, descubrieron que, en realidad, no siempre era así. Además de la revelación, los participantes exploraron otras estrategias para aliviar los síntomas de la limerencia, como buscar ayuda profesional o recurrir a la autoayuda. A pesar de que la limerencia suele asociarse con emociones negativas, algunos participantes también experimentaron momentos emocionantes y positivos al principio de su experiencia. Al reflexionar sobre su situación, muchos participantes se dieron cuenta de que la limerencia había sacado a la luz aspectos de su personalidad que habían estado reprimidos anteriormente. Esto sugiere que la limerencia no solo afecta a la relación con el OL, sino que también puede llevar a una mayor conciencia de uno mismo y a un crecimiento personal (Willmott & Bentley, 2015).

El resumen de la trayectoria limerente se muestra en la Figura 4 e ilustra cómo las tres primeras etapas suelen ser cíclicas y persistentes, dando lugar a recaídas. Además, el estudio demostró que las etapas pueden superponerse dependiendo del contexto. El cambio de paradigma ocurre cuando el participante se da cuenta de que hay un OL interno, que está idealizado, y un OL externo, que es el real (Willmott & Bentley, 2015).

Figura 4

Trayectoria limerente



Adaptado de “Exploring the Lived-Experience of Limerence: A Journey toward Authenticity” (p. 32), por L. Willmott & E. Bentley, 2015, *The Qualitative Report*, 20(1).

Las conclusiones del estudio indicaron que la rumiación, junto con la ansiedad y depresión transitorias, fueron componentes esenciales y bidireccionales de la experiencia limerente. Al estar sumidos en la rumiación, la mayoría de los participantes señaló una tendencia a pensamientos intrusivos y repetitivos, así como una corriente subyacente de ansiedad debido a la incertidumbre sobre la reciprocidad. La depresión también fue un tema destacado entre los participantes, mencionada tanto como una condición preexistente como un estado relacionado o desencadenado durante el desarrollo de la limerencia. Esto se extiende a la desintegración del Yo, ya que se observó una inclinación hacia el cambio interno en medio de una confusión y pérdida de control percibida. Los participantes describieron la limerencia como algo involuntario e irracional (Willmott & Bentley, 2015).

Conjuntamente, las fases de desintegración del Yo y reintegración de experiencias pasadas parecieron estar relacionadas con el apego inseguro debido a que estas fases permitieron

la reflexión y el desarrollo personal. Además, los participantes reconocieron la influencia de figuras cuidadoras tempranas en sus experiencias, sugiriendo que las vivencias negativas pueden estar relacionadas con un apego inseguro en la infancia. La selección del OL parece implicar una mezcla de desencadenantes de cuidadores tempranos y necesidades emocionales insatisfechas. Además, la limerencia puede implicar la creación de compañeros imaginarios y fantasías mal adaptativas como forma de alivio temporal (Willmott & Bentley, 2015).

Por último, un aspecto clave de la fase de búsqueda de autenticidad implicó una fuerte inclinación a integrar la trayectoria limerente en una historia más completa y coherente. Al hacerlo, cuatro de los seis participantes pudieron reconocer emociones y/o efectos positivos, a pesar de reconocer que la experiencia en general fue negativa. No obstante, es importante destacar que los participantes reconocieron que la experiencia les permitió crecer personalmente y reevaluar los parámetros de bienestar en sus vidas (Willmott & Bentley, 2015).

Por otro lado, Wyant (2021) reporta en un estudio de caso reducción de la limerencia bajo una intervención cognitiva-conductual que, a través de técnicas utilizadas en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo como la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), lograron reducir el número y tipo de rituales compensatorios tras un seguimiento de nueve meses después de la intervención. Además, hubo una mejora en la evaluación subjetiva de los patrones de pensamiento disfuncionales relacionados con el OL. Junto con la EPR, se utilizó la reestructuración cognitiva y la activación conductual, destacando que la paciente de 28 años refería tener una historia de limerencia de toda la vida.

La intervención constó de 5 sesiones de 45 minutos cada 15 días. La manera de evaluar el tratamiento fue a través de un cuestionario de automonitoreo elaborado *ad hoc* y aplicado en la primera sesión y 9 meses después de ésta. En el pretest, se realizó un seguimiento durante 2

semanas de los rituales limerentes, resultando en 225 rituales que consumían 8 horas. En el posttest resultó una reducción a 10 rituales que consumían 10 minutos. Sumado a esto, la participante aludió que su forma de pensar sobre el OL había cambiado; aunque sentía atracción y pensaba en el OL, la voluntaria era capaz de reconocer que esos pensamientos y sentimientos eran producto de la limerencia (Wyant, 2021).

En resumen, la limerencia se configura como algo complejo que involucra procesos emocionales, cognitivos y somáticos intensos, cuyo impacto puede ser significativo en la experiencia afectiva de quienes la padecen. Aún así, a pesar de su relevancia clínica y social, las investigaciones específicas sobre intervenciones dirigidas a la limerencia son escasas. Por lo que, a continuación, se revisan los principales estudios e intervenciones focalizadas en la rumiación, entendido como el componente central de la limerencia, y que ha sido objeto de mayor desarrollo en el ámbito clínico. Esto, con el propósito de fundamentar el diseño y la aplicación de estrategias terapéuticas que puedan ser adaptadas al contexto de la limerencia.

Rumiación

Existe poca cantidad de intervenciones enfocadas únicamente en la rumiación. Por lo general, la rumiación se aborda en conjunto con otras variables relacionadas, como la preocupación, la ansiedad o la depresión. Un ejemplo de esto es el metaanálisis realizado por McCarrick y colaboradores (2021), cuyo objetivo fue analizar cómo la rumiación y la preocupación median en la relación del estrés con las enfermedades físicas. En este estudio, se buscó sintetizar la evidencia experimental disponible sobre los métodos diseñados para influir en la rumiación y la preocupación, y cómo estos impactan en los resultados relacionados con la salud. De un total de 10703 intervenciones se seleccionaron 36 que fueron del año 2006 al 2019.

Se recopilaron intervenciones con asignación aleatoria, que hayan tenido grupo control y experimental cuyo tratamiento estuviese centrado en rumiación y/o preocupación. También, que tuvieran pre y posttest para preocupación, rumiación o ambas y que tuvieran un seguimiento luego del posttest en referencia a las medidas de salud físicas y/o comportamentales. Las intervenciones farmacológicas, las impartidas a pacientes con trastornos psiquiátricos severos, con adicciones y con discapacidades fueron excluidas. Se utilizaron las bases de datos Medline, PsycInfo y CINAHL (McCarrick et al., 2021).

Se recopilaron los tipos de intervención en forma de las estrategias medulares. También se recopilaron la duración, el número de sesiones, número de semanas, formato grupal/individual, modo de implementación (a través de un profesional de la salud, autoadministrado o mediante un facilitador) y el ambiente (en línea o presencial). Los tamaños de efecto fueron calculados a través de las medias y las desviaciones estándar, además de los valores F y p reportados. Se calcularon tamaños de efecto para la rumiación y la preocupación juntas y por separado, así como para los efectos en la salud física y en la salud comportamental (McCarrick et al., 2021).

De los 36 estudios, 31 trabajaron con población mayor a 18 años y cinco con menores de edad. La edad media de los participantes fue de 36 años, el 70.4% de los participantes eran mujeres y el promedio de voluntarios en cada intervención fue de 142 (DE= 53.88). Las intervenciones fueron realizadas en nueve países, siendo los más comunes Estados Unidos (25%), Países Bajos (22.2%) y Alemania (19.4%). Las intervenciones evaluadas fueron definidas de manera amplia como: TCC y terapias de aceptación y compromiso (TAC) en un 27.7%, planes de acción para la rumiación y preocupación en un 25%, *mindfulness* y relajación en un

19.4%, manejo de estrés en un 11.1%, desapego psicológico en un 5.5%, escritura expresiva en un 5.5% y manejo del dolor en un 5.5% (McCarrick et al., 2021).

58.3% de las intervenciones fueron realizadas en persona, mientras que 41.66% fue en línea. El promedio de sesiones impartidas fue de 8. En conjunto, las intervenciones produjeron, en promedio, un efecto de tamaño medio en la preocupación y rumiación medidas tanto juntas como separadas. El *mindfulness*, el desapego psicológico, la TCC y el manejo del dolor produjeron diferencias significativas en la rumiación. Por su parte, la planificación de acción, el desapego psicológico y la TCC produjeron tamaños de efecto significativos para la preocupación (McCarrick et al., 2021).

Asimismo, los tamaños de efecto fueron significativamente más grandes, sugiriendo mayor efectividad, cuando las intervenciones fueron administradas por profesionales de la salud. Además, todos los tipos de intervención tuvieron un efecto significativo positivo en la salud física y comportamental, excepto las estrategias para el manejo del dolor. Finalmente, los tamaños de efecto fueron significativamente más grandes cuando las intervenciones fueron autoadministradas, cuando se entregaron a nivel individual en lugar de a nivel grupal, y cuando los comportamientos de salud fueron evaluados más cerca de la conclusión de la intervención (McCarrick et al., 2021).

Siguiendo con el análisis de intervenciones en rumiación, otra intervención en este ámbito se llevó a cabo en Irán. Su objetivo fue reducir la rumiación, la tolerancia a la ambigüedad y la preocupación percibida en estudiantes de 15 a 18 años con ansiedad social, mediante la terapia metacognitiva (Solgi & Hosseini, 2022). El diseño de la intervención fue cuasiexperimental. Se utilizó un grupo experimental y un grupo control de 15 participantes en cada uno.

Los instrumentos utilizados para evaluar las variables fueron el *Rumination Questionnaire* (Nolen-Hoeksema & Murrow, 1991), el *Ambiguity Tolerance Questionnaire* (McLean 2009), el *Pennsylvania State Worry Questionnaire* (Meyer et al., 1990) y el *Adolescent Social Anxiety Questionnaire* (Lajerka & López, 1998). Para el procesamiento de los datos se empleó un análisis de covarianza utilizando el programa SPSS. El muestreo fue por conveniencia, seleccionando a participantes que obtuvieron puntajes superiores al promedio en el instrumento de ansiedad social y que aceptaron participar en el estudio. La intervención consistió en 10 sesiones semanales de una hora y media de duración para el grupo experimental, mientras que el grupo control asistió a clases normales y se comprometió a no recibir terapia durante ese tiempo (Solgi & Hosseini, 2022).

La intervención se llevó a cabo utilizando el manual de terapia metacognitiva de Wells (2013). Durante las sesiones, se ofreció psicoeducación sobre la ansiedad social y el modelo metacognitivo diseñado para su tratamiento. Además, se abordaron las creencias metacognitivas, el síndrome cognitivo atencional y se entrenó a los participantes en estrategias como el control metacognitivo, el entrenamiento atencional, la atención autodirigida y la atención plena. También se emplearon metáforas metacognitivas, técnicas de autoobservación y estrategias para la prevención de recaídas.

Los resultados pretest y posttest mostraron mejoras significativas en la rumiación y otras variables. La media del pretest en rumiación fue de 63.69 puntos, reduciéndose a 49.53 en el posttest. En cuanto a la tolerancia a la ambigüedad, la media aumentó de 45.49 a 51.16 puntos. Por otro lado, la media en preocupación percibida disminuyó de 58.66 a 51.09. En contraste, los puntajes del grupo control permanecieron constantes en 60, 46 y 53 puntos, respectivamente (Solgi & Hosseini, 2022).

También se evaluaron variables ligadas a la ansiedad social: la distracción, la reflexión y la autocrítica. En el grupo control los puntajes se mantuvieron en 21, 19 y 20, respectivamente. Por su parte, el grupo experimental presentó, en distracción, una media pretest de 23.54 y de 17.97 en el posttest. En reflexión pasó de 19 a 15.44, y en autocrítica disminuyó de 21.15 a 16.12. Estos resultados confirman la efectividad de la terapia metacognitiva no solo en la mejora de la rumiación, la tolerancia a la ambigüedad y la preocupación, sino también en aspectos relevantes como la regulación emocional y el manejo de pensamientos autocríticos en adolescentes con ansiedad social (Solgi & Hosseini, 2022).

En el mismo país, Irán, se realizó otra intervención relevante, que fue el entrenamiento en estrategias metacognitivas diseñado para reducir la rumiación en población universitaria con grupo experimental, n=16, y grupo control, n=16 con pre y post test (Mirzaian, 2023). Para seleccionar la muestra de ambos grupos, se utilizó la *Ruminative Responses Scale (RRS)* de Nolen-Hoeksema y Morrow (1991), y se seleccionaron 32 personas que obtuvieron por lo menos 51 puntos (rumiación severa). Luego, se asignaron al azar y se realizó la intervención en el grupo experimental.

La intervención se basó en los protocolos tanto de Miegel y colaboradores (2020) como de Ghorbani y colaboradores (2022) y constó de 8 sesiones de 90 minutos cada una, impartidas una vez por semana (ver Tabla 3). Los resultados mostraron una mejoría estadísticamente significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control. En el grupo experimental, el puntaje promedio de rumiación en el pretest fue de 54.21, y en el posttest disminuyó a 31.79; en cambio, el grupo control presentó un puntaje de 55.08 en el pretest y de 56.47 en el posttest. La intervención también impactó en los niveles de preocupación medidos mediante el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) de Meyer y colaboradores (1990): el grupo

experimental pasó de 66.12 en el pretest a 34.58 en el posttest, mientras que el grupo control disminuyó ligeramente de 66.83 en el pretest a 65.27 en el posttest.

Tabla 3

Sesiones de intervención metacognitiva de Mirzaian

Sesión	Contenido
1	Enseñanza de estrategias cognitivas, explicación del propósito, realización de resúmenes, toma de notas y explicación del material aprendido a otros
2	Definición de la estrategia metacognitiva, conocimiento de las habilidades cognitivas propias y actuación adecuada en diversas situaciones
3	Enseñanza de estrategias de planificación, estimación del tiempo y velocidad necesarios, atención selectiva, sobreestimación de amenazas y selección de estrategias apropiadas
4	Repetición y repaso del contenido explicado y resolución de problemas en grupo
5	Estrategia de monitoreo, control de la efectividad de las actividades, meditación para explorar razones, sentido exagerado de responsabilidad y autoevaluación para verificar la comprensión
6	Capacitación en la estrategia de autorregulación, cambio, modificación o ajuste de la autorregulación
7	Repetición y repaso del contenido explicado y resolución de problemas en grupo
8	Respuesta a preguntas, agradecimientos y post test

Nota. Adaptado de “The effectiveness of training metacognitive strategies on reducing rumination and worry” por Mirzaian, S., 2023, *Journal of Modern Psychology*, 3(3), p. 35-43.

La autora señala que los hallazgos del estudio estuvieron limitados a la comunidad universitaria de Shahid Beheshti, por lo que deben generalizarse con precaución a otras poblaciones. Además, los datos se obtuvieron mediante cuestionarios de autoinforme, sin incluir herramientas adicionales como el análisis de experiencias diarias, indicadores fisiológicos u observación en entornos naturales. Por lo que se sugirió que investigaciones futuras aborden este tema en diversos grupos de la sociedad, ya que tales estudios pueden ser útiles para diseñar programas preventivos y terapéuticos que reduzcan la preocupación y la rumiación a nivel social (Mirzaian, 2023).

En Australia, se realizó un ensayo controlado aleatorizado centrado en la rumiación y la preocupación en adultos (Joubert et al., 2023). El estudio comparó el efecto y la adherencia al tratamiento, así como las posibles discrepancias de la intervención con y sin la guía de un psicólogo clínico, tanto a través de internet como en persona. La investigación contó con 137 participantes, 111 mujeres y 26 hombres, de entre 18 y 74 años con ansiedad y depresión moderadas, a los que se asignó al azar en tres grupos. El primer grupo tomó un programa en línea de 3 sesiones dirigido por un psicólogo clínico (n=45); el segundo grupo tomó un programa de autoayuda en línea de 6 sesiones semanales (n=47); el tercer grupo (grupo control) tomó el tratamiento habitual en persona (n=45) y esperó 18 semanas para recibir el programa en línea.

Las variables, incluidas la ansiedad y depresión, se evaluaron mediante pre y posttest, además de un seguimiento 3 meses después de la intervención. Los instrumentos que se utilizaron fueron el *Repetitive Thinking Questionnaire-10* (McEvoy et al., 2010), el *Patient Health Questionnaire-9* (Kroenke et al., 2001), el *Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale* (Spitzer et al., 2006), el *Kessler Psychological Distress Scale – 10-item* (Kessler et al., 2002), la subescala de rumiación negativa del *Ruminative Response Scale* (Treyner et al., 2003), el *Penn State Worry Questionnaire* (Meyer et al., 1990), el *Insomnia Severity Index* (Morin, 1993) y el *Beck Depression Inventory II* (Beck et al., 1996), además de una entrevista telefónica inicial para evaluar el diagnóstico de ansiedad generalizada y depresión. Al finalizar la intervención, se midió la satisfacción general con el tratamiento, incluyendo aspectos como la duración del tratamiento, la lógica de las sesiones impartidas, la confianza en las herramientas aprendidas y la confianza en recomendar el programa a alguien con problemáticas similares (Joubert et al., 2023).

El programa para la rumiación y preocupación en línea confeccionado para esta intervención estuvo compuesto por 3 lecciones distribuidas a lo largo de 6 semanas. El diseño fue hecho por psicólogos especialistas en la Terapia Cognitiva-Conductual y la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*. El programa presentado consistió en un formato tipo historieta que sigue la vida de dos personajes que aprenden a manejar la rumiación y la preocupación. En cada lección, se ofrecieron diapositivas que narran la historia, introducen habilidades para gestionar estos patrones y muestran ejemplos prácticos de aplicación. Al finalizar cada lección, un resumen con los conceptos clave, un plan de acción y actividades de práctica era descargado por los participantes. Las lecciones fueron completadas de forma secuencial, con un periodo de bloqueo de cinco días entre cada una, para que el material fuese revisado y practicado. Además, recordatorios automatizados fueron enviados por correo electrónico y mensajes SMS para promover la adherencia al tratamiento (Joubert et al., 2023).

Durante el programa, los participantes recibieron seguimiento por teléfono o correo electrónico si no completaban lecciones o cuestionarios, y para evaluar su seguridad en caso de un deterioro significativo en las puntuaciones del PHQ-9 o K-10. También se ofreció asistencia técnica para resolver problemas como el restablecimiento de contraseñas. El grupo guiado por clínicos recibió llamadas telefónicas después de cada lección de parte de un psicólogo provisional o clínico que había desarrollado el programa. Por otro lado, el grupo de autoayuda completó el programa sin soporte clínico directo, aunque tuvo acceso a asistencia técnica cuando fue necesario. Ambos grupos pudieron continuar accediendo a sus servicios habituales de salud mental durante el estudio (Joubert et al., 2023).

En relación con la rumiación, los resultados indicaron que el grupo guiado por un clínico pasó de 8.24 a 5.78 y a 5.18 tras 3 meses de seguimiento. El grupo de autoayuda pasó de 9.12 a

7.78 y a 6.78 pasados 3 meses del posttest. El grupo control, que acudió al tratamiento en persona pasó de 9.83 en el pretest a 8.74 en el posttest y a 8.46 luego de 3 meses. En cuanto a la preocupación, el grupo asistido por el clínico pasó de 64.77 a 55.91 y a 51.35 en el seguimiento. El grupo de autoayuda pasó de 66.02 a 57.92 y a 58.17 tras 3 meses. El grupo control inició en 68.04 y pasó a 66.74 en el posttest, para luego de 3 meses tener una media de 64.36 (Joubert et al., 2023).

Respecto a la ansiedad y la depresión, tras tres meses de la intervención, el 0% de los participantes del grupo guiado por el clínico, 14.9% del grupo de autoayuda y 21.9% del grupo control cumplieron con los criterios para depresión. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, el 3.1% del grupo dirigido por el clínico, 29.7% del grupo de autoayuda y 40.7% del grupo control seguían cumpliendo con los criterios diagnósticos. No obstante, cabe señalar que solo 92 de los 137 participantes completaron el seguimiento a tres meses, lo que llevó a los autores a recomendar precaución al interpretar estos datos (Joubert et al., 2023).

En conclusión, los resultados de la intervención demostraron que ambos grupos de tratamiento lograron mejoras significativas en los niveles de rumiación y preocupación, así como en los síntomas de depresión y ansiedad, en comparación con el grupo control. Los efectos del tratamiento fueron más pronunciados en el grupo guiado por clínicos, con tamaños de efecto de medianos a grandes a favor del grupo guiado por clínicos frente al de autoayuda. Además, ambos grupos mostraron mejoras significativas sostenidas a lo largo del tiempo (Joubert et al., 2023).

En México, se ha reportado la TCC en rumiación de la ira a un total de 30 participantes. Éstos fueron divididos en 2 grupos, no hubo grupo control, y se realizó pretest y post test, además de seguimiento tras un mes del tratamiento. La intervención constó de 9 sesiones

impartidas semanalmente, que seguían el manual de tratamiento cognitivo conductual de la ira de Deffenbacher y McKay (Alcázar-Olán et al., 2018).

Los autores explican que la rumiación de la ira consiste en pensamientos e ideas recurrentes e involuntarias que surgen durante y después de un episodio de ira. Tales pensamientos pueden ser constantes hasta por cinco años, lo que trae como consecuencia altos niveles de frustración, tendencia a suprimir la ira, depresión, ansiedad y agresión. El objetivo de la intervención fue disminuir la rumiación, la experiencia y la expresión iracundas. Se enseñaron técnicas de relajación “con imagen específica, respiración profunda, muscular progresiva, con una palabra tranquilizante y sin tensar los músculos” (Alcázar-Olán et al., 2018, p. 16), reestructuración cognitiva e inoculación de la ira mediante la imaginación guiada a situaciones de ira, para entonces utilizar alguna técnica de relajación y reestructuración cognitiva. Tales inoculaciones se realizaron mínimo tres veces por cada situación de ira, y conforme avanzaban las sesiones se hacían con situaciones de ira cada vez más agudas.

El tamaño de efecto del tratamiento fue fuerte según la prueba de Wilcoxon, lo que indicó diferencias estadísticamente significativas en el pre y el post test general. Individualmente, se reportó que, de 30 participantes iniciales, 3 asistieron únicamente a la primera sesión, quedando 27 participantes que conformaron los dos grupos, uno de 14 y otro de 13 personas. No obstante, se llevó el mismo tratamiento en ambos grupos sin ningún inconveniente, de hecho, los autores reclasificaron a los participantes en asistencia baja y asistencia alta para mayor entendimiento de los efectos del tratamiento. Los participantes de asistencia baja fueron quienes asistieron a menos de 7 sesiones (n=10); y los de asistencia alta los que acudieron a 7 o más sesiones (n=20). De las personas con baja asistencia solo se les pudo dar seguimiento a 5, es decir, la mitad de esos voluntarios.

Además de reclasificar en alta y baja asistencia, los autores clasificaron los resultados individuales en cuatro categorías: recuperado, mejorado, no mejorado y normal. Recuperado se refiere a que el participante dejó de pertenecer a la población disfuncional y pasó a formar parte de la población normativa (pre y post test), y también a que el participante alcanzó el índice de cambio clínico confiable de Jacobson y Truax (1991). Este índice da cuenta de cuánto cambió el voluntario gracias al tratamiento y no a imprecisiones del instrumento de medición. Mejorado indica que el participante alcanzó el índice de cambio clínico confiable, pero que sigue siendo parte de la población disfuncional. No mejorado significa que la persona no obtuvo el índice de cambio confiable ni el punto de corte para dejar de formar parte de la población disfuncional. Normal significa que el participante ya pertenecía a la población normativa desde el pretest.

De este modo, los resultados de la intervención obtenidos (ver Tabla 4) fueron ordenados según los componentes de la ira, que de acuerdo con el Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad (ML-STAXI) de Moscoso (2000) y la Escala de Rumiación de la Ira (ARS) de Sukhodolsky y colaboradores (2001) fueron: ira rasgo, que es la tendencia general a sentir ira ante frustraciones específicas; control externo, que refiere intentos de controlar la propia conducta al sentir ira; expresión externa, que comprende las conductas de ira hacia otras personas; expresión interna, que es la tendencia a reprimir la ira y guardar rencor; control interno, que son esfuerzos por relajarse y tranquilizarse en momentos de ira; venganza, que son ideaciones de represalias; pensamientos posteriores a la ira, que son pensamientos repetitivos sobre episodios recientes de ira; causas de la ira, que implica pensar sobre las causas de eventos pasados de ira; y memorias de la ira, que significa recordar eventos de ira.

Tabla 4*Resultados de la intervención de Alcázar-Olán y colaboradores (2018)*

Variables	Tipo de asistencia	Estatus después del tratamiento			
		Recuperados	Mejorados	No mejorados	Normales*
Ira rasgo	Alta	12	1	7	0
	Baja	3	0	2	0
Control externo	Alta	6	0	8	6
	Baja	1	0	4	0
Expresión externa	Alta	4	0	12	4
	Baja	2	0	1	2
Expresión interna	Alta	4	0	7	9
	Baja	0	0	3	2
Control interno	Alta	6	0	6	8
	Baja	3	0	1	1
Venganza	Alta	7	0	0	13
	Baja	2	0	0	3
Pensamientos posteriores a la ira	Alta	11	0	1	8
	Baja	4	0	0	1
Causas de la ira	Alta	6	1	3	10
	Baja	4	0	1	0
Memorias de la ira	Alta	9	0	2	9
	Baja	2	0	0	3

*Normal se refiere a que los participantes, antes del tratamiento, ya pertenecían a un rango no disfuncional.

Nota. De: “Adherencia al tratamiento y efectividad de un programa cognitivo conductual sobre la rumiación y expresión de la ira”, por R. Alcázar-Olán, N. Merckel-Niehus, D. Toscano-Barranco, O. Barrera-Muñoz, y M. Proal-Sánchez, 2018, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), p. 13-23. Derechos de autor por 2018 Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.

Los resultados del estudio apoyan, en parte, la hipótesis de que la terapia cognitivo-conductual reduce la rumiación de la ira. De 20 personas con alta asistencia, 13 (los recuperados) lograron un cambio clínico significativo en pensamientos y recuerdos de ira, mientras que 5 ya tenían puntajes normales en el inicio y 2 no mejoraron. Los participantes que completaron el tratamiento mostraron beneficios, especialmente en la gestión de la ira como rasgo y en su control interno y externo.

En cuanto a quienes asistieron a menos de siete sesiones, las mejoras fueron menores y principalmente en pensamientos y recuerdos de ira, aunque la información de algunos participantes estuvo incompleta. Los participantes de alta asistencia mostraron satisfacción con el tratamiento, pero señalaron que los ejercicios de inculcación eran repetitivos y tediosos, lo cual

podría haber influido en la inasistencia de otros participantes. El estudio concluye que la terapia cognitivo-conductual fue eficaz en el tratamiento de la rumiación en la mayoría de los participantes (Alcázar-Olán et al., 2018).

En resumen, todos los estudios revisados ofrecen enfoques diversos en cuanto a los tipos de tratamiento y las poblaciones estudiadas. Aunque todos los estudios buscaron la reducción de la rumiación, los hallazgos subrayan la necesidad de explorar nuevas metodologías, como la terapia metacognitiva, que se centra en los procesos de pensamiento y su regulación. Dicha terapia ofrece soluciones más adaptadas no sólo a las características individuales de los pacientes, sino a los mecanismos y funcionamiento de la limerencia, lo que justifica el interés por aplicar este modelo terapéutico en el tratamiento de la rumiación limerente. Con esto, se abre la transición hacia el desarrollo del marco teórico de la intervención, que permitirá contextualizar y fundamentar la aplicación de la terapia metacognitiva en el tratamiento de la rumiación limerente.

Marco Teórico

Modelos Explicativos de la Rumiación

El origen del estilo de respuesta rumiativo es un tema que continúa investigándose, ya que las explicaciones propuestas no han alcanzado consenso dentro de la comunidad científica. Algunas propuestas sugieren que este estilo se adquiere a través de la imitación de cuidadores durante la infancia (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), mientras que otras plantean que las personas lo emplean porque perciben en la rumiación un medio útil para entender mejor sus problemas y resolverlos (Papageorgiou & Wells, 2003). Sin embargo, es evidente que no se puede atribuir este fenómeno a un único factor, y diversos modelos teóricos han surgido para

explicarlo, coincidiendo y divergiendo en distintos puntos. A continuación, se presentan los más destacados.

Teoría de los Estilos de Respuesta. Esta teoría, planteada por Nolen-Hoeksema (1991), sugiere que la rumiación puede originarse a partir de dos factores: el estilo de crianza y los eventos estresantes de la vida (Hernández, 2015). Por un lado, se ha observado que las personas criadas por padres excesivamente controladores tienden a desarrollar una mayor predisposición hacia la rumiación, posiblemente debido a que este tipo de crianza socava su autoconfianza y limita sus habilidades para enfrentar desafíos, promoviendo una actitud pasiva (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Por otro lado, los eventos estresantes actúan como desencadenantes y amplificadores de la rumiación, especialmente cuando estos eventos se vuelven crónicos. Por ejemplo, una experiencia de maltrato físico puede mantener a la persona en un estado constante de alerta, buscando señales de peligro (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Situaciones de gran impacto, como desastres naturales, no solo exacerban la rumiación en individuos predispuestos, sino que también se convierten en predictores de trastornos como el estrés postraumático y la depresión (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

El origen de esta teoría fue para estudiar cómo la rumiación influye en la depresión, demostrando que este patrón de pensamiento repetitivo y pasivo agrava los estados de ánimo negativos y prolonga los episodios depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991). En este sentido, la Teoría de los Estilos de Respuesta describe la rumiación como una forma desadaptativa de afrontar el malestar, enfocándose en las causas y consecuencias de los síntomas depresivos en lugar de buscar soluciones. Dicha teoría posicionó a la rumiación como un factor clave en la aparición y duración de la depresión, lo que inspiró un amplio cuerpo de investigación en el área (Lyubomirsky et al., 2015).

Modelo Metacognitivo de la Rumiación. Desarrollado también para explicar las causas de la depresión, el modelo metacognitivo se fundamenta en la Teoría de la Función Ejecutiva Autorregulatoria (FEA-R), la cual conceptualiza la rumiación como parte del Síndrome Cognitivo Atencional o SCA (Papageorgiou & Wells, 2003). Este síndrome es un patrón de pensamiento o manera de responder ante experiencias internas (pensamientos y emociones) compuesto por rumiación, preocupación, atención fija, conductas de afrontamiento negativas y una excesiva autofocalización que interfieren con la capacidad para resolver problemas (Garay & Keegan, 2016; Hernández, 2015; Wells, 2009).

Según el modelo, las personas con depresión suelen tener creencias positivas sobre la rumiación, percibiéndola como útil para comprender su situación, pero también creencias negativas que la asocian con rechazo social e incontrolabilidad. Estas creencias generan un ciclo que perpetúa la rumiación y agrava la depresión al limitar las estrategias metacognitivas eficaces (Hernández, 2015). Papageorgiou y Wells (2003), reconocen que la rumiación puede dividirse en dos tipos: una adaptativa, utilizada como estrategia activa para reducir discrepancias entre el estado actual y el deseado; y otra desadaptativa, que surge cuando los pensamientos negativos predominan y dificultan afrontar los problemas.

En ambos casos, el modelo plantea que la rumiación se activa cuando la persona percibe que podría ser útil para alcanzar sus metas, pero se vuelve perjudicial si las creencias negativas limitan su eficacia. Según lo planteado, la rumiación se activa cuando una persona percibe una discrepancia entre la situación actual y la deseada (Wells & Matthews, 1994). En este contexto, se interpreta como una estrategia de afrontamiento orientada a alcanzar objetivos, ya que facilita el enfoque en el problema y la búsqueda de soluciones. Sin embargo, esta dinámica puede

volverse perjudicial si las creencias negativas interfieren, limitando la capacidad del individuo para abordar la situación de manera efectiva (Hernández, 2015).

Teoría del Desarrollo de Metas. Martin y Tesser (1996), proponen un modelo para entender la rumiación como un proceso metacognitivo vinculado a la formulación y la modificación de metas. Según los autores, la rumiación se caracteriza por pensamientos recurrentes, conscientes y persistentes que giran en torno a alcanzar un objetivo, pero que surgen sin un estímulo externo y suelen centrarse en eventos pasados que no pueden cambiarse. Estos pensamientos, además, suelen carecer de lógica.

El modelo distingue entre rumiaciones con distintos contenidos, que varían según el tiempo (pasado, presente o futuro) y la naturaleza de los temas (positivos o negativos). La rumiación puede cumplir dos funciones: una adaptativa y una desadaptativa. La primera, ayuda al individuo a ajustar las circunstancias para alcanzar su meta. La segunda implica un atrapamiento de la persona en los pensamientos, sin actuar, lo que puede llevar a un estado depresivo (Martin & Tesser, 1996).

La rumiación serviría entonces para evaluar las metas no alcanzadas, ya que permite reconsiderar si es necesario seguir persiguiendo una meta o cambiarla. Esto se relaciona con la teoría de la discrepancia del autoconcepto (Martin & Tesser, 1996), que sugiere que cuando no se cumple un objetivo, se genera una incongruencia entre el *yo real* y el *yo ideal*. En este sentido, la rumiación surge cuando existe una brecha entre el objetivo y las capacidades del individuo. Si el desafío es demasiado demandante para sus habilidades o motivación la rumiación se activará, convirtiéndose en un proceso crónico si la discrepancia persiste. Finalmente, la rumiación cesará si el individuo cumple su meta, se adapta al ritmo de trabajo, se enfoca en una meta más significativa o cambia su atención a otros asuntos (Hernández, 2015).

Los modelos explicativos de la rumiación ofrecidos por Nolen-Hoeksema (1991), Papageorgiou y Wells (2003), y Martin y Tesser (1996) brindan perspectivas complementarias sobre el origen y la función de este proceso cognitivo. No obstante, el presente trabajo tomará como marco principal el modelo de Papageorgiou y Wells (2003), dado su enfoque en los procesos metacognitivos que mantienen la rumiación, seguido del modelo de Martin y Tesser (1996) como una perspectiva secundaria. Ambos enfoques permiten comprender la rumiación en el contexto de la limerencia, reconociendo que puede funcionar tanto como una estrategia adaptativa como desadaptativa, dependiendo de cómo la persona maneje sus pensamientos recurrentes.

El modelo de Papageorgiou y Wells (2003), pone énfasis en los procesos metacognitivos, señalando que la rumiación puede convertirse en un ciclo perjudicial cuando las creencias metacognitivas positivas sobre la utilidad de la rumiación se refuerzan, perpetuando el estado emocional. Por otro lado, el modelo de Martin y Tesser (1996) destaca que la rumiación surge cuando hay una discrepancia entre las metas no cumplidas y la realidad, lo que puede generar un estado de frustración y perpetuar el malestar emocional. Ambos modelos ofrecen vías valiosas para tratar la rumiación al enfocarse en modificar las creencias metacognitivas asociadas a ella, lo cual resulta fundamental para la intervención en casos de limerencia, donde la rumiación sobre la reciprocidad puede intensificar los síntomas y dificultar la resolución emocional.

Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un modelo terapéutico que, en sus inicios, se basaba principalmente en la psicología del aprendizaje. Actualmente, muchas de sus intervenciones se fundamentan en la psicología científica, que pretende ser su principal referencia. Pone un especial énfasis en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, un

aspecto que surge del enfoque empírico que impregna todo lo relacionado con la evaluación y el tratamiento. Existe una relación estrecha y constante entre la evaluación y la intervención, evaluándose la eficacia experimentalmente mediante la observación de los cambios en la conducta tratada, considerando tanto los cambios a corto y largo plazo como su generalización al entorno habitual de la persona (Ruiz et al., 2012).

La TCC se centra en la modificación de la conducta del individuo, entendida como una actividad que puede ser medida y evaluada, aunque sea de manera indirecta. Esta perspectiva abarca tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos de la conducta. Conceptualiza la conducta como esencialmente aprendida, resultado de diversos factores que han influido a lo largo de la historia de la persona, sin descartar la influencia de factores biológicos y sociales. Sin embargo, reconoce que los modelos clásicos del aprendizaje pueden ser limitados y, por ello adopta modelos causales multivariados que establecen complejas relaciones funcionales más allá del tradicional modelo Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencias (Haynes, 1995; Ruiz et al., 2012).

El objetivo principal de la Terapia Cognitiva-Conductual es lograr cambios en la conducta a niveles cognitivo, conductual, fisiológico y emocional del individuo. Esto se consigue modificando o eliminando conductas desadaptativas y enseñando conductas adaptativas en su lugar. Para ello, la intervención también puede enfocarse en la modificación de los procesos cognitivos subyacentes al comportamiento (Ruiz et al., 2012).

Aunque pone un énfasis particular en los determinantes actuales del comportamiento, la TCC también toma en cuenta los factores históricos que han llevado a la situación actual. Desde un punto de vista metodológico, se caracteriza por el uso de la metodología experimental o, más específicamente, de un enfoque empírico. Este enfoque se aplica a lo largo de todo el proceso

terapéutico: desde la evaluación y explicación de la conducta de la persona, pasando por el diseño de la intervención, hasta la valoración de los resultados obtenidos (Ruiz et al., 2012).

El tratamiento en este enfoque terapéutico es eminentemente activo, requiriendo la colaboración activa del individuo en su propio ambiente mediante tareas y actividades asignadas. La relación terapéutica también tiene un valor importante, especialmente en las nuevas terapias contextuales, donde las contingencias que se desarrollan durante la situación terapéutica se consideran un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, convirtiendo la terapia en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto (Ruiz et al., 2012).

La TCC ha sido ampliamente estudiada en la psicoterapia moderna (Garay & Keegan, 2016). Numerosos estudios han validado su eficiencia, eficacia y efectividad para abordar diversos trastornos mentales y problemas clínicos. Prueba de ello es el análisis exhaustivo de 269 metaanálisis sobre TCC aplicadas a trastornos como el abuso de sustancias, psicosis, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, problemas de conducta y condiciones relacionadas con el dolor crónico y la salud en general (Hofmann et al., 2012). Esta investigación empírica no solo evaluó los resultados terapéuticos de la TCC, sino que también exploró los factores responsables de su efectividad, así como los elementos que fundamentan su modelo.

La TCC se basa en un modelo psicopatológico específico (Keegan & Holas, 2009), lo que implica que va más allá de una simple colección de técnicas para aliviar síntomas aislados. En cambio, constituye un sistema de intervención anclado en una visión particular de los trastornos psicológicos (Clark & Beck, 1997). En este contexto, la psicopatología desde una orientación cognitiva sostiene que los procesos cognitivos juegan un papel central en el inicio y mantenimiento de estos trastornos, así como en la vulnerabilidad de las personas a desarrollarlos (Garay & Keegan, 2016). Esta teoría de la vulnerabilidad cognitiva también permite plantear

intervenciones preventivas para personas en riesgo y estrategias de prevención de recaídas para quienes han alcanzado la remisión mediante otros tratamientos, como la farmacoterapia.

Dentro de las terapias cognitivas, se establece que el malestar psicológico está asociado a patrones de pensamiento distorsionados. Aaron Beck (1967), postuló en su Terapia Cognitiva que las personas experimentan malestar debido a la interpretación que hacen de la realidad, y no necesariamente por la realidad misma. Sus estudios sobre la depresión le permitieron identificar el papel de los pensamientos automáticos negativos en la aparición y mantenimiento del estado de ánimo deprimido (Beck et al., 1979/1983). En paralelo, Albert Ellis (1962) desarrolló su Terapia Racional con el propósito de modificar creencias irracionales en personas con ansiedad, conocida entonces como neurosis. Esta y otras propuestas son consideradas por Semerari (2003) como parte de la terapia cognitiva estándar.

A medida que avanzaron las investigaciones sobre los factores cognitivos en la psicopatología, otros autores ampliaron la teoría cognitivo-conductual incorporando nuevos aspectos. Algunos propusieron una distinción entre procesos y productos cognitivos (Ingram et al., 1998); otros pusieron el foco en los procesos atencionales automáticos (Wells, 1997). Asimismo, surgieron estudios que priorizaban el análisis de patrones como la preocupación (Borkovec et al., 1983) y la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1991) en lugar de los contenidos específicos del pensamiento. Dentro de este marco teórico, la psicoeducación se reconoce como un recurso valioso para abordar la rumiación limerente, siendo éste el componente de la TCC que se retomará en el presente trabajo

Psicoeducación para la Rumiación. La psicoeducación se centra en proporcionar a los pacientes información detallada sobre las condiciones psicológicas que experimentan, los mecanismos que las perpetúan y las estrategias de afrontamiento efectivas. Además, busca

ayudar a los pacientes a comprender las relaciones entre sus pensamientos, emociones y comportamientos en el contexto de la condición psicológica a tratar. De este modo, al aumentar la comprensión del paciente sobre su condición, mejora la adherencia al tratamiento, se le empodera y mejora su bienestar emocional (Beck, 2011; Jongasma et al., 2013).

La psicoeducación ha demostrado ser un componente efectivo en el tratamiento de la rumiación, ya que ayuda a los pacientes a comprender la naturaleza y el impacto de sus patrones de pensamiento rumiativo. Según la revisión sistemática de Querstret y Cropley (2013), la psicoeducación es particularmente útil para aumentar la conciencia sobre los procesos cognitivos involucrados en la rumiación, lo que facilita la adherencia a otras intervenciones terapéuticas. Watkins y Roberts (2020) destacan, a través de una revisión exhaustiva de evidencia empírica, que esta herramienta no solo normaliza la experiencia de la rumiación, sino que también reduce la culpa y la frustración asociadas con este patrón de pensamiento. Además, la psicoeducación es adaptable a diferentes contextos y poblaciones y mejora la adherencia al tratamiento, lo que la convierte en una intervención versátil y accesible. No obstante, ambos estudios coinciden en que su efectividad aumenta cuando se combina con otras técnicas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia metacognitiva (TMC).

A pesar de sus beneficios, la psicoeducación presenta limitaciones significativas cuando se utiliza como una intervención aislada. Querstret y Cropley (2013) señalan que, aunque es útil para aumentar la conciencia y la comprensión de la rumiación, no es suficiente por sí sola para reducir significativamente este patrón de pensamiento. Watkins y Roberts (2020) añaden que la psicoeducación no aborda directamente los mecanismos subyacentes de la rumiación, como los sesgos cognitivos o los procesos metacognitivos, lo que limita su impacto terapéutico. Por lo

tanto, se recomienda usarla para dar paso a otras técnicas terapéuticas para lograr resultados clínicos más robustos y duraderos.

Bajo esta línea, la psicoeducación en solución de problemas ha demostrado ser una intervención efectiva para reducir la rumiación, especialmente en el contexto de trastornos emocionales bien estudiados, como la depresión. Según Nezu, y colaboradores (2013), la psicoeducación ayuda a los pacientes a identificar problemas específicos que desencadenan patrones rumiativos y a desarrollar estrategias prácticas para abordarlos. Metaanálisis como los de Cuijpers y colaboradores (2007), y Bell y D'Zurilla (2009), respaldan la eficacia de la terapia de solución de problemas para disminuir tanto síntomas depresivos como pensamientos rumiativos, destacando el papel clave de la psicoeducación en este proceso. Además, Nolen-Hoeksema y colaboradores (2008) enfatizan que la psicoeducación no solo aumenta la conciencia sobre los procesos cognitivos involucrados en la rumiación, sino que también proporciona herramientas para romper el ciclo de pensamientos repetitivos a través de la toma de acción. En conjunto, estos estudios sugieren que la psicoeducación en solución de problemas también es una componente prometedor para reducir la rumiación, especialmente cuando se integra con otras técnicas terapéuticas.

En resumen, la TCC ha demostrado ser un enfoque terapéutico sólido y eficaz, respaldado por una amplia base empírica que valida su aplicación en diversas problemáticas psicológicas. Su énfasis en la modificación de conductas desadaptativas y la reestructuración de procesos cognitivos disfuncionales ha permitido no solo aliviar síntomas, sino también promover cambios significativos en la vida de los pacientes. Sin embargo, a pesar de sus logros, la TCC ha enfrentado críticas y limitaciones, especialmente en lo que respecta a su capacidad para abordar procesos cognitivos más complejos, como los patrones de pensamiento rumiativo o los

mecanismos metacognitivos subyacentes. Estas limitaciones han dado lugar al desarrollo de enfoques complementarios, como la terapia metacognitiva, la cual amplía el foco de intervención al considerar no solo los contenidos cognitivos, sino también los procesos que regulan dichos pensamientos. Este avance teórico y práctico marca un punto de partida para explorar nuevas dimensiones en el tratamiento de los trastornos psicológicos, lo que será abordado en el siguiente apartado.

Teoría y Terapia Metacognitiva

En el contexto de la TCC, la Terapia Metacognitiva (TMC) desarrollada por Wells (1995, 1997, 2000, 2009) comparte la premisa principal de ésta: los factores cognitivos juegan un papel fundamental en los trastornos mentales, lo que hace de la TMC "una forma de terapia cognitiva" (Wells, 2009, p. 258). Sin embargo, su contribución teórica destaca por enfocar ciertos estilos de pensamiento y tipos de creencias que otros modelos cognitivos no abordan con la misma profundidad. Así, la propuesta principal de la TMC es que las terapias cognitivas y sus variantes podrían estar magnificando la importancia de los pensamientos negativos, el autofoco y la rumiación al estar "obligando al paciente a escudriñarlos, analizarlos y combatirlos" (Wells, 2019, p. IV), en lugar de dirigir la terapia hacia los mecanismos mentales que los mantienen.

La metacognición se refiere a reflexionar y controlar los propios procesos cognitivos (Borders, 2020). Implica estar al tanto de, reflexionar acerca de y tratar de redirigir el propio pensamiento. La metacognición determina a qué le prestan atención las personas, cómo interpretan sus experiencias y qué estrategias utilizan para regular sus procesos mentales. Se ha sugerido que la metacognición puede ser la base de la mayoría de las disfunciones psicológicas (Wells, 2009). De esta manera, las personas quedan atrapadas en un sufrimiento emocional prolongado, como la depresión o la ansiedad, cuando tienen metacogniciones que contribuyen a

un patrón poco útil de respuesta a sus experiencias internas (pensamientos y emociones). Dicho de otra forma, los trastornos psicológicos no son causados por lo que las personas piensan, sino por cómo responden a sus pensamientos y emociones (Borders, 2020).

Wells (2000, 2009), quien desarrolló este modelo, plantea que las metacogniciones juegan un papel central en el manejo funcional o disfuncional de la mente, dado que las personas se relacionan de maneras distintas con sus pensamientos. Estas diferencias influyen significativamente en los resultados emocionales y conductuales. Desde su perspectiva, las emociones y el control sobre estas no dependen únicamente del contenido de los pensamientos, sino de cómo las personas reflexionan sobre dichos pensamientos. Por lo que este enfoque desplaza la atención de los contenidos cognitivos hacia los procesos que los generan (Garay & Keegan, 2016).

El modelo y tratamiento metacognitivo para abordar la rumiación y la preocupación, se centra en la influencia de las creencias metacognitivas sobre los patrones de pensamiento repetitivo. El desarrollo del modelo comenzó en el contexto de la preocupación asociada al trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, la teoría y la terapia metacognitivas han demostrado ser efectivas en una variedad de trastornos, incluyendo la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad social, la psicosis y los problemas relacionados con el uso de sustancias (Wells, 1995, 1997, 2000, 2009).

Wells (2009) distingue tres componentes de la metacognición: el conocimiento metacognitivo, la experiencia metacognitiva y las estrategias metacognitivas (ver Figura 5). El conocimiento metacognitivo abarca la información que las personas tienen sobre las estrategias cognitivas que pueden emplear para alcanzar determinados objetivos. Este conocimiento se ajusta a partir de las experiencias, especialmente mediante la observación de los propios procesos

cognitivos. Por ejemplo, si una persona percibe dificultad para desvincularse de pensamientos repetitivos, puede desarrollar creencias metacognitivas negativas e inexactas sobre su capacidad para controlar dichos pensamientos. Además, el conocimiento metacognitivo incluye las creencias que las personas tienen sobre sus propios pensamientos, las cuales se clasifican en creencias explícitas y creencias implícitas (Borders, 2020).

Figura 5

Componentes de la metacognición



Las creencias explícitas o declarativas son verbalizables y reflejan pensamientos conscientes sobre cómo funcionan los procesos cognitivos. Por ejemplo, una persona con trastorno de ansiedad generalizada podría creer que *preocuparse evita que sucedan cosas malas*, mientras que alguien con trastorno obsesivo-compulsivo podría pensar que *tener pensamientos negativos significa que soy una mala persona*. Estas creencias suelen reforzar patrones de

pensamiento desadaptativos, como la preocupación excesiva y la rumiación (Garay & Keegan, 2016).

Las creencias implícitas o procedimentales representan las reglas que operan de manera más automática y guían el pensamiento. Incluyen procesos como la asignación de atención, la búsqueda de recuerdos y la aplicación de heurísticas para tomar decisiones. Aunque no siempre son conscientes, pueden inferirse a través de los patrones de pensamiento y reflejan las habilidades cognitivas de una persona. Dentro de las creencias implícitas se pueden diferenciar las creencias positivas y las creencias negativas (Garay & Keegan, 2016).

Las creencias positivas implícitas están relacionadas con la percepción de utilidad de ciertos procesos cognitivos. Siguiendo el ejemplo anterior, alguien con trastorno de ansiedad generalizada podría pensar: *si me preocupo, estaré preparado o enfocarme en la amenaza me protegerá*. Estas creencias suelen perpetuar los patrones de preocupación y rumiación. Por otro lado, las creencias negativas implícitas revelan evaluaciones negativas sobre los pensamientos o emociones, contribuyendo a un aumento del peligro percibido. Ejemplos incluyen *no puedo controlar mis pensamientos o si pienso en cosas violentas, las llevaré a cabo*. Estas creencias suelen estar asociadas con intentos de controlar los pensamientos, lo que puede intensificar las actividades cognitivas disfuncionales, como tratar de suprimir o modificar el pensamiento para regular las emociones (Garay & Keegan, 2016).

Las experiencias metacognitivas incluyen los sentimientos y las valoraciones relacionadas con el procesamiento cognitivo en curso (Borders, 2020). En la patología, es común que la experiencia de la persona sea la de estar fuera de control. Lo que a su vez conlleva que la persona sienta poca confianza en sus estrategias de afrontamiento cognitivo, incrementando su percepción de amenaza. De este modo, las estrategias metacognitivas que usará irán dirigidas a

controlar los pensamientos, lo cual es contraproducente, ya que se mantendrá la sensación de amenaza (Garay & Keegan, 2016).

Wells distingue dos formas de experimentar los pensamientos (experiencia). El modo *objeto* se caracteriza por percibir los pensamientos como si fueran parte de la realidad externa, sin reconocerlos como eventos internos. En este estado, las creencias y pensamientos se funden con las experiencias directas del yo o del entorno. En contraste, el modo *metacognitivo* implica una conciencia donde los pensamientos son observados como fenómenos separados tanto del yo como del mundo. Dado que este último modo requiere práctica para desarrollarse como una habilidad, el enfoque terapéutico basado en el modelo metacognitivo incorpora ejercicios específicos para fortalecer los procesos que lo sustentan, favoreciendo así un mayor conocimiento procedural (Garay & Keegan, 2016).

Por último, las estrategias metacognitivas de una persona dependen de su conocimiento y experiencias metacognitivas, que determinan cómo entiende y maneja sus propios procesos cognitivos y emocionales. Estos tres componentes (estrategias, experiencias y conocimiento) son interdependientes y se influyen mutuamente (Garay & Keegan, 2016). En particular, las estrategias metacognitivas incluyen técnicas destinadas a regular y controlar la cognición, como intensificar, suprimir o modificar actividades cognitivas (Borders, 2020).

Basado en estos conceptos, Wells desarrolló el modelo de Funciones Ejecutivas Autorregulatorias (FEA-R) ya mencionado (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996). Este modelo identifica varias estrategias metacognitivas desadaptativas que prolongan el malestar emocional: 1) el pensamiento perseverativo en forma de rumiación o preocupación; 2) la monitorización excesiva de amenazas, es decir, la atención a amenazas internas o externas, como factores

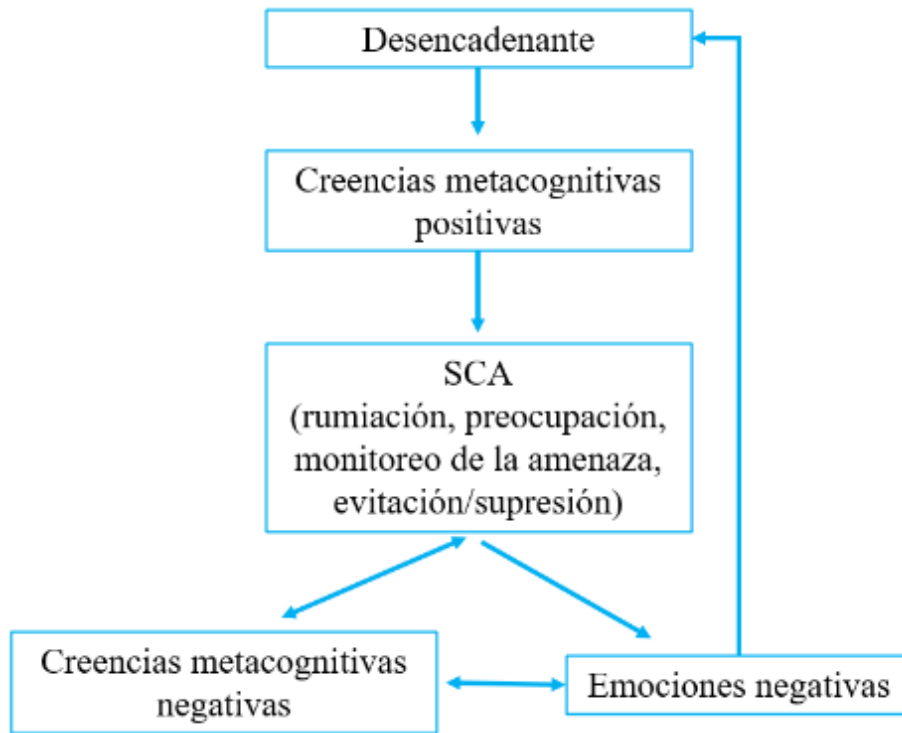
estresantes, pensamientos o emociones desagradables, o activación fisiológica; y 3) intentos ineficaces de controlar la experiencia, como la evitación o la supresión (Borders, 2020).

Estas estrategias, que son intentos de regular y controlar los procesos cognitivos, a menudo interactúan entre sí. Wells las agrupa bajo el término *Síndrome Cognitivo-Atencional* (SCA), describiéndolo como un estilo desadaptativo de autorregulación. Dado que estas estrategias aumentan la accesibilidad de información negativa, contribuyen a mantener y agravar las emociones, pensamientos y percepciones de amenaza. Además, consumen recursos atencionales, lo que disminuye la probabilidad de utilizar otras estrategias metacognitivas o de integrar información diferente del entorno (Borders, 2020).

La aportación de este modelo radica en el papel del conocimiento metacognitivo en el inicio y mantenimiento del SCA (ver Figura 6). Específicamente, el modelo FEA-R diferencia entre creencias metacognitivas positivas y negativas. Las personas utilizan las estrategias metacognitivas desadaptativas del SCA porque tienen creencias metacognitivas positivas sobre estos comportamientos. Por ejemplo, creen que la rumiación les ayudará a lidiar con las dificultades, que la preocupación les preparará mentalmente, o que prestar atención a las señales de amenaza les mantendrá a salvo. Las personas con desórdenes emocionales o en vulnerabilidad son más propensas a tener este tipo de creencias positivas, que a su vez impulsan el SCA (Borders, 2020; Wells, 2019).

Figura 6

Modelo metacognitivo



Nota. Adaptado de “Metacognitive therapy for anxiety and depression”, por Wells, A. (2009). Guildford Press.

Sin embargo, las consecuencias negativas asociadas con el pensamiento repetitivo, la monitorización de amenazas y la evitación/supresión pueden llevar al desarrollo de creencias metacognitivas negativas sobre los pensamientos. Las creencias negativas comunes se refieren al peligro y la falta de control sobre los pensamientos repetitivos (por ejemplo, *estos pensamientos me volverán loco o no puedo controlar mis pensamientos*) y la necesidad de controlar los pensamientos (por ejemplo, *no poder controlar mis pensamientos es una señal de debilidad*). Además de aumentar el malestar negativo, estas creencias negativas mantienen el uso del SCA, porque las personas no creen que pueden controlar eficazmente sus procesos cognitivos (Borders, 2020).

El modelo metacognitivo sostiene que las respuestas de las personas a sus emociones y pensamientos, más que las emociones y pensamientos en sí mismos, son las que contribuyen a la disfunción psicológica. El uso de estrategias metacognitivas desadaptativas, como las del SCA, está impulsado por creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación o la preocupación. Según el modelo FEA-R, estas creencias forman una base de conocimiento metacognitivo que guía la cognición y el comportamiento ante discrepancias percibidas. Las personas con desórdenes emocionales tienden a tener una base de conocimiento metacognitivo que las predispone a utilizar estilos cognitivos desadaptativos como el SCA, lo que perpetúa su disfunción psicológica (Borders, 2020).

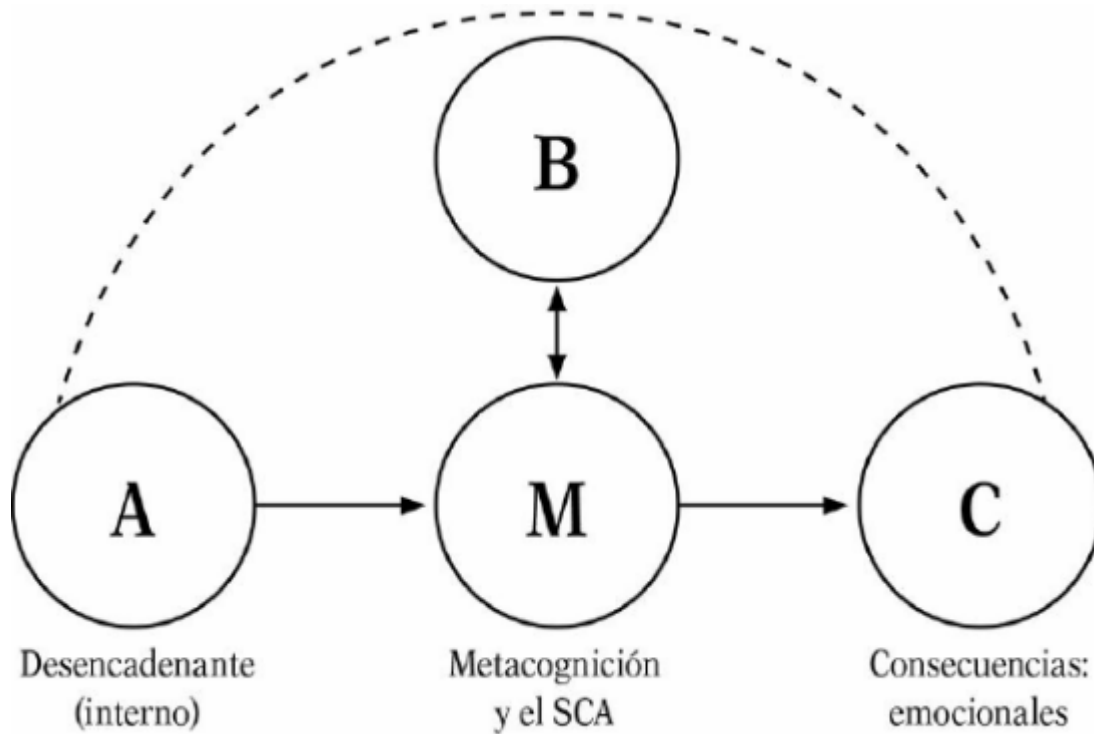
Con base en esto, la TMC busca cambiar la forma en que los pacientes responden a sus pensamientos y emociones, en lugar de centrarse en el contenido de estos. En particular, la TMC se enfoca en modificar las creencias metacognitivas desadaptativas y las estrategias asociadas al SCA. Por lo general, el tratamiento consiste en 8 a 12 sesiones semanales de 1 hora e inicia con una evaluación detallada. Además de realizar una evaluación diagnóstica típica, los terapeutas recopilan información sobre las creencias metacognitivas de los pacientes y la medida en que utilizan el SCA. Luego, se desarrolla una formulación metacognitiva que se explica al paciente. En concreto, los terapeutas ayudan a los pacientes a comprender la naturaleza desadaptativa de las estrategias del SCA y los vínculos entre sus creencias metacognitivas y el uso del SCA (Borders, 2020).

Técnicas Metacognitivas para la Rumiación. La TMC emplea una reformulación del modelo A-B-C de la terapia cognitiva (ver Figura 7). Este modelo clásico, reformulado por Borders (2020) establece que un evento activador (A) desencadena una creencia o esquema central (B), lo que da lugar a consecuencias emocionales y conductuales (C). La TMC modifica

este enfoque al plantear que un disparador interno (A) activa metacogniciones (M), las cuales incluyen tanto creencias como estrategias, que luego conducen a consecuencias emocionales (C).

Figura 7

El modelo A-B-C reformulado



Nota. Adaptado de “*Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*”, por Wells, A. (2000). Copyright 2000 de John Wiley & Sons Limited.

Por ejemplo, en el caso de un paciente deprimido que se siente solo (A), el modelo clásico sugiere que esta sensación activa una creencia central negativa como *las cosas no cambiarán* (B), generando emociones como tristeza y desesperanza (C). Sin embargo, en la TMC, se identifica que las metacogniciones (M) incluyen creencias como *necesito rumiar para cambiar las cosas o experimentar esta emoción me motivará*, junto con estrategias desadaptativas como la rumiación y el enfoque en emociones tristes. Este enfoque ayuda a los

terapeutas a comprender cómo las creencias y estrategias metacognitivas alimentan el malestar emocional (Borders, 2020).

Asimismo, la TMC adapta técnicas clásicas de reestructuración cognitiva para abordar específicamente las creencias metacognitivas, tanto positivas como negativas, relacionadas con los pensamientos repetitivos. Estas preguntas estándar se utilizan para evaluar la validez y utilidad de las creencias metacognitivas, promoviendo cambios hacia perspectivas más adaptativas: *¿cuál es la evidencia a favor y en contra de esta creencia? ¿convencería esta evidencia a otra persona? ¿cuál es el efecto de creer en esto?* Este enfoque no se centra en cambiar el contenido de los pensamientos repetitivos, sino en modificar las creencias subyacentes que los perpetúan. Por ejemplo, si un paciente cree que rumiar lo ayuda a solucionar problemas, el terapeuta explora esta creencia para demostrar que, en realidad, la rumiación puede aumentar el malestar emocional y disminuir la claridad mental. Además, estas técnicas son empleadas en conjunto con otras, como, por ejemplo, la exposición, para reforzar el cambio en las creencias metacognitivas y fortalecer formas más funcionales de procesar los pensamientos (Borders, 2020).

Aunque no hay evidencia centrada en la rumiación limerente, la reestructuración metacognitiva ha demostrado ser un componente eficaz para reducir la rumiación en diversos contextos clínicos. Normann y colaboradores (2014) realizaron un metaanálisis que evaluó la eficacia de TMC en trastornos de ansiedad y depresión, concluyendo que esta técnica es altamente efectiva para disminuir patrones de rumiación en estos trastornos. Por su parte, Callesen y Wells (2014) replicaron casos en un entorno de atención primaria, mostrando que la TMC aplicada a pacientes con depresión recurrente produjo mejoras significativas en la sintomatología depresiva y en la reducción de la rumiación. Finalmente, McEvoy y

colaboradores (2015) investigaron los mecanismos de cambio en un programa grupal de TMC para personas con trastorno de ansiedad generalizada, encontrando que la intervención disminuyó notablemente los niveles de rumiación al modificar creencias metacognitivas disfuncionales. Estos hallazgos refuerzan el papel clave de la reestructuración metacognitiva en la intervención de trastornos relacionados con la rumiación.

La técnica de Entrenamiento Atencional (EA) tiene como objetivo principal interrumpir el SCA y aumentar la flexibilidad metacognitiva. Esta técnica parte de la idea de que el pensamiento repetitivo crónico refleja una rigidez cognitiva y una falta de control atencional. Por lo tanto, al fortalecer la capacidad de dirigir y manejar la atención, los pacientes pueden reducir el uso de estrategias desadaptativas, como la rumiación y la preocupación excesiva (Borders, 2020).

La estructura del EA consiste en un procedimiento breve, de aproximadamente 12 minutos, que se divide en tres componentes principales, cada uno diseñado para entrenar un aspecto específico de la atención:

1. Atención selectiva: Los pacientes se concentran intensamente en sonidos individuales específicos dentro de un conjunto de estímulos auditivos competentes. Por ejemplo, podrían prestar atención exclusivamente al sonido de un grifo goteando mientras ignoran otros sonidos en la habitación.
2. Cambio rápido de atención: Se pide a los pacientes que cambien su atención entre diferentes sonidos a intervalos regulares y cada vez más cortos, como cada 10 o 5 segundos. Este ejercicio entrena la flexibilidad y la capacidad para cambiar el foco atencional rápidamente.

3. Atención dividida: Los pacientes intentan procesar múltiples sonidos al mismo tiempo, por ejemplo, combinando sonidos cercanos (como el click de un bolígrafo) con sonidos más distantes (como un auto pasando fuera del edificio).

El terapeuta selecciona sonidos reales del entorno, como ruidos en la habitación, voces lejanas o sonidos externos, y guía al paciente a través de un guion preestablecido que integra las tres etapas en una actividad fluida. Los pacientes son instruidos para practicar TEA diariamente en casa. Hay que resaltar que la TEA no se usa como distracción de pensamientos o emociones desagradables; los pacientes deben permitir que estos pensamientos y sentimientos coexistan mientras se enfocan en los ejercicios. Este enfoque también ayuda a debilitar las creencias metacognitivas negativas sobre la incontrolabilidad del pensamiento repetitivo, fomentando la percepción de que la atención es manejable y flexible (Borders, 2020).

La investigación sobre el EA en el contexto de la rumiación ha demostrado que este componente puede activar áreas cerebrales clave relacionadas con el control cognitivo y la atención. Un estudio sobre los correlatos neurofisiológicos del EA señala que la práctica de esta técnica facilita la activación de la red de control cognitivo y la red de atención dorsal, lo que implica una mejora en el control cognitivo flexible y, por ende, una reducción de la rumiación (Rosenbaum et al., 2018). Este hallazgo demuestra que el EA no solo impacta la capacidad de la persona para regular su atención, sino que también es un recurso valioso para disminuir el patrón repetitivo de pensamientos intrusivos típicos de la rumiación.

Por otro lado, el estudio de Moreno (2021) exploró los efectos de un protocolo de EA en la reducción de sesgos atencionales en personas con síntomas de ansiedad social. Aunque no se observaron cambios significativos en los niveles generales de ansiedad social entre los grupos experimental y control, se evidenció una mejora en los patrones atencionales del grupo

experimental. Este grupo mostró una disminución del foco atencional hacia estímulos internos, lo que podría implicar una reducción en la rumiación al aumentar el monitoreo de estímulos externos en lugar de la preocupación interna.

El *mindfulness desapegado* se centra en desarrollar la capacidad de observar los pensamientos como fenómenos separados de uno mismo, es decir, como eventos mentales que no tienen un significado intrínseco sobre la identidad o el valor personal. Esto ayuda a reducir la necesidad de emplear estrategias de autorregulación en respuesta a pensamientos negativos y a interrumpir patrones de pensamiento repetitivo. Para promover el *mindfulness* desapegado, los terapeutas en TMC utilizan diversas técnicas y metáforas. Por ejemplo, preguntan a los pacientes durante ejercicios de exposición: *¿puedes observar tu pensamiento y lo que está ocurriendo a tu alrededor al mismo tiempo? o ¿eres el pensamiento o eres la persona que observa el pensamiento?* (Borders, 2020).

Para ello, se emplean metáforas que facilitan la comprensión de este concepto. Una común es la analogía de las nubes en el cielo: los pensamientos son como nubes que pasan, y no es necesario tratar de controlarlas o detenerlas, sino simplemente observarlas y dejar que desaparezcan con el tiempo. Además, los terapeutas incorporan ejercicios como la asociación libre, la tarea del tigre y la supresión y contra-supresión (Borders, 2020).

En la asociación libre, el paciente observa de manera pasiva el flujo de pensamientos o recuerdos que surgen al escuchar palabras sueltas como *manzana* o *cumpleaños*, sin intentar influir en ellos. La tarea del tigre consiste en pedirle al paciente que imagine un tigre y observe cómo la imagen cambia o se mueve sin intentar modificarla. El ejercicio de supresión y contra-supresión implica que el paciente pase 3 minutos permitiendo que su mente divague libremente y observando cómo los pensamientos vienen y se van por sí solos (Borders, 2020).

El metaanálisis realizado por Normann y Morina (2018) sobre la efectividad de la TMC en el tratamiento de diversas quejas psicológicas, entre las que se encontraron la ansiedad y la depresión, que están íntimamente relacionadas con la rumiación, destaca la importancia del *mindfulness* desapegado, uno de los componentes clave de la TMC en la reducción de la rumiación. En este análisis, los autores encontraron que el *mindfulness* desapegado es eficaz para reducir significativamente la rumiación en individuos con estos trastornos. El *mindfulness* desapegado permite a los pacientes tomar distancia de sus pensamientos automáticos, lo que ayuda a disminuir la repetición y la persistencia de los pensamientos rumiativos, promoviendo un enfoque más flexible y menos reactivo frente a las experiencias internas. Estos hallazgos sugieren que el componente de *mindfulness* desapegado es esencial para romper los ciclos de rumiación, favoreciendo la mejora en los síntomas emocionales y cognitivos asociados a estos trastornos.

Una sola sesión de *mindfulness* desapegado en un entorno de laboratorio redujo la rumiación negativa (Bolzenkötter et al., 2024), así como el procesamiento anticipatorio y la rumiación pre-evento, en participantes con ansiedad social, tanto en comparación con un grupo de control activo (Gkika & Wells, 2015) como con un grupo de control pasivo (Modini & Abbott, 2018). Además, los participantes calificaron sus pensamientos como más controlables y menos angustiantes después de una sesión (Caselli et al., 2016). En tratamientos grupales de varias semanas, el *mindfulness* desapegado se asoció con reducciones significativas en la ansiedad y con disminuciones más marcadas (Ahmadpanah et al., 2017) en síntomas depresivos, en comparación con intervenciones activas. Estos hallazgos sugieren que el *mindfulness* desapegado es prometedor para abordar la rumiación negativa, aunque los resultados emocionales pueden variar según el diseño de la intervención y las condiciones del estudio.

Las técnicas y conceptos de la TMC comparten similitudes con los enfoques de las terapias basadas en *mindfulness*, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) o la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*. Por ejemplo, el *mindfulness* desapegado se asemeja a la defusión cognitiva de la TAC, y la técnica de entrenamiento atencional desarrolla habilidades similares a las prácticas meditativas, como la capacidad de concentrarse en un estímulo único o de mantener una conciencia abierta hacia múltiples estímulos ambientales (Borders, 2020).

A pesar de estas similitudes, Wells (2009) enfatiza que la TMC no debe considerarse una terapia basada en *mindfulness*. A diferencia de éstas, la TMC no se enfoca en la atención plena, en el momento presente ni en la aceptación, ni emplea ejercicios de meditación. En lugar de ello, la TMC busca modificar el contenido de las creencias metacognitivas positivas y negativas, utilizando técnicas estándar modificadas de la TCC (Borders, 2020). Debido a su enfoque en la metacognición, la TMC ofrece un marco teórico y metodológico más adecuado para guiar la presente intervención en rumiación limerente, por lo que será el principal enfoque terapéutico del presente trabajo. En este sentido, el modelo metacognitivo de la limerencia proporciona un esquema específico para comprender cómo los procesos metacognitivos contribuyen a la persistencia de este fenómeno.

Modelo Metacognitivo de la Rumiación Limerente

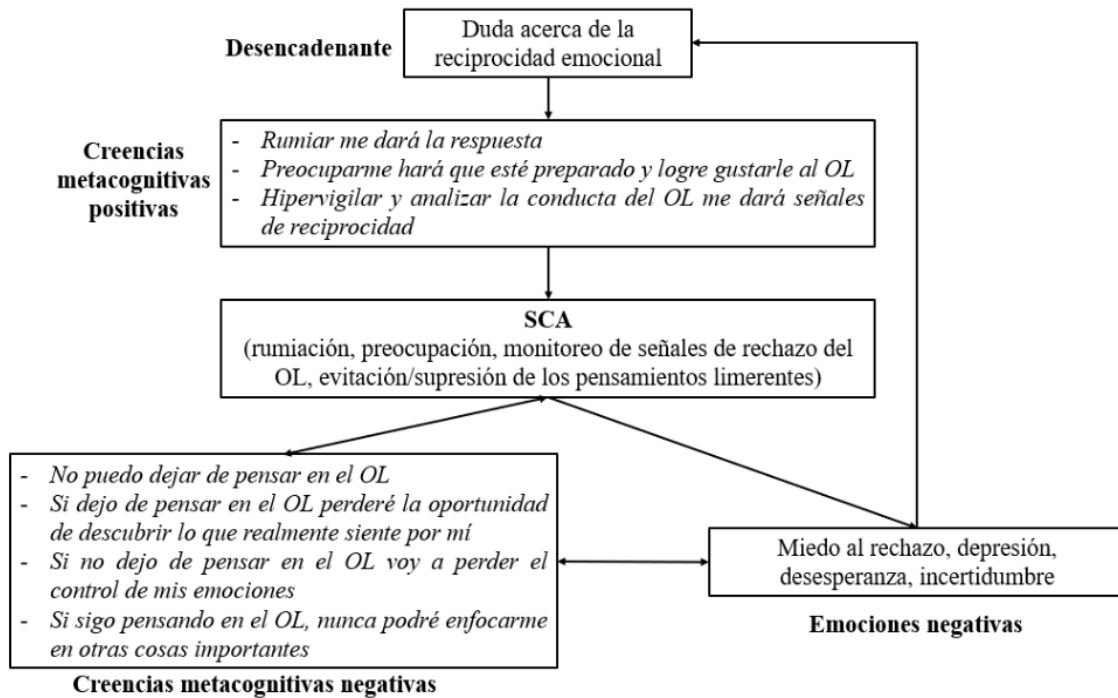
Considerando lo descrito anteriormente, la limerencia y su componente rumiativo pueden describirse en términos del modelo FEA-R y el SCA de Wells (2000; 2009; Wells & Mathews, 1994) como un proceso de autorregulación cognitiva desadaptativa en el que la persona utiliza estrategias metacognitivas disfuncionales para gestionar sus pensamientos y emociones relacionados con el OL. Tales estrategias incluirán la rumiación, la preocupación, la monitorización excesiva del comportamiento del OL en busca de señales de reciprocidad o falta

de ella e intentos ineficaces de supresión y evitación del pensamiento que reforzarán y perpetuarán la limerencia (ver Figura 8).

En este contexto, la rumiación limerente se centrará en hallar la respuesta a la incertidumbre sobre los sentimientos del OL, analizando y recordando interacciones pasadas para escudriñar comportamientos ambiguos, además de elaborar fantasías y escenarios mentales, lo cual es placentero y refuerza la rumiación. También, la persona limerente rumiaría sobre cómo podría desarrollarse la relación. Según el modelo FEA-R, esta rumiación es una estrategia metacognitiva desadaptativa que prolonga la incertidumbre (malestar), ya que no contribuye a una resolución realista de la duda, sino que simplemente mantiene los pensamientos en un ciclo constante.

Figura 8

Modelo metacognitivo de la limerencia y su componente rumiatiivo



Nota. Elaborado a partir de “Metacognitive therapy for anxiety and depression”, por Wells, A. (2009). Guildford Press.

La preocupación se expresa a través de un esmero en la apariencia física y la preparación ante interacciones con el OL. Este tipo de preocupación es un intento constante de incrementar las probabilidades de reciprocidad emocional, lo que lleva a la persona limerente a imaginar o ensayar cómo podría comportarse en distintas situaciones con el OL. Por ejemplo, pueden ensayar mentalmente conversaciones o posibles reacciones del OL, y planear cómo modificar su comportamiento con la esperanza de obtener reciprocidad. Esto sería otra estrategia metacognitiva desadaptativa, donde el individuo cree que estos ensayos mentales o físicos y esfuerzos en su apariencia aumentarán las probabilidades de reciprocidad emocional.

El monitoreo de la amenaza en la limerencia se refleja en la vigilancia constante de cualquier indicio que pueda confirmar o desmentir la correspondencia de los sentimientos del OL. La persona limerente puede monitorear cuidadosamente al OL, sus interacciones, sus palabras o gestos, buscando señales que validen sus pensamientos obsesivos. Este estilo de atención está centrado en detectar amenazas emocionales como el rechazo o la indiferencia, y en buscar posibles interpretaciones favorables que alimenten la esperanza, lo que puede generar estrés emocional constante y mayor malestar.

Las personas con limerencia a menudo intentan controlar sus pensamientos y emociones de manera ineficaz, por ejemplo, evitando pensar en la persona o suprimiendo pensamientos sobre ella, lo que en realidad puede aumentar la intensidad de esos pensamientos. Los intentos de control refuerzan la idea de que estos pensamientos son incontrolables, lo que lleva a una mayor angustia emocional. Este fenómeno se ve en el SCA como una manifestación del deseo de suprimir o cambiar los pensamientos sobre la persona sin éxito, lo que aumenta la accesibilidad de información negativa.

De este modo, la limerencia puede entenderse como una manifestación del SCA al estar vinculada a un patrón desadaptativo de autorregulación cognitiva, ya que las personas con limerencia tienden a caer en un círculo vicioso de creencias metacognitivas positivas sobre estrategias metacognitivas disfuncionales. Por ejemplo, pueden pensar que rumiar les ayudará a encontrar una solución o respuesta a la incertidumbre o que preocuparse los mantendrá alerta ante señales importantes de reciprocidad. Estas creencias metacognitivas positivas refuerzan la utilización de estrategias metacognitivas disfuncionales, lo que perpetúa el ciclo de la limerencia y dificulta la autorregulación efectiva de los pensamientos y emociones relacionados con el OL.

En síntesis, el marco teórico presentado establece una comprensión integral de la limerencia y la rumiación limerente desde la perspectiva de la TMC, ilustrando la manera en que las estrategias metacognitivas disfuncionales, como la rumiación, la preocupación, el monitoreo excesivo y los intentos ineficaces de control del pensamiento, perpetúan este ciclo. Este análisis aporta una base sólida para entender las dinámicas cognitivas y emocionales de la limerencia, destacando la importancia de intervenir sobre las creencias metacognitivas para fomentar patrones de autorregulación adaptativos. A partir de esta base teórica, el presente trabajo propone implementar y evaluar una intervención basada en los principios de la TMC para abordar la rumiación limerente. En las siguientes secciones se describen los objetivos específicos de la investigación y las hipótesis planteadas, que guían el diseño y la implementación de la intervención.

Objetivo e Hipótesis

Objetivo General

Evaluar la eficacia del tratamiento metacognitivo para disminuir la rumiación limerente disfuncional en el participante.

Objetivos Específicos

1. Adaptar la terapia metacognitiva para el tratamiento de la rumiación limerente disfuncional.
2. Comparar la rumiación limerente antes y después del tratamiento mediante la Escala de Respuestas Rumiativas, la Escala de Rumiación Relacionada al Evento, la Escala de Limerencia y el formato SCA-1 para medir la eficacia de éste.
3. Identificar las creencias metacognitivas positivas y negativas que fomentan la rumiación limerente disfuncional a través del formato SCA-1.
4. Modificar las creencias metacognitivas positivas y negativas que incentivan la rumiación limerente disfuncional a través de la reestructuración metacognitiva y la exposición.
5. Incrementar la habilidad para interrumpir y disminuir el uso de la rumiación limerente disfuncional reflejada en la autoatención a través del entrenamiento atencional y el *mindfulness* desapegado.
6. Promover el uso de la rumiación limerente funcional para planificar y realizar acciones concretas mediante la psicoeducación en solución de problemas.

Pregunta de Investigación

¿Qué nivel de eficacia tiene la terapia metacognitiva en la reducción de la rumiación limerente?

Hipótesis

Hipótesis de investigación: El tratamiento metacognitivo disminuirá la rumiación limerente disfuncional.

Hipótesis nula: El tratamiento metacognitivo no disminuirá la rumiación limerente disfuncional.

Hipótesis alternativa 1: El tratamiento metacognitivo aumentará la rumiación limerente disfuncional.

Hipótesis alternativa 2: El tratamiento metacognitivo disminuirá los síntomas limerentes además de la rumiación.

Hipótesis alternativa 3: El tratamiento metacognitivo no disminuirá los síntomas limerentes además de la rumiación.

Hipótesis alternativa 4: El tratamiento metacognitivo aumentará los síntomas limerentes además de la rumiación.

Método

Participantes

Se requirió de un participante mayor de edad que estuviera experimentando rumiación limerente de cualquier intensidad y que radicara en Ciudad Juárez. Se excluyeron personas que presentaran tanto ansiedad como depresión en un nivel grave, así como aquellas con diagnósticos psiquiátricos previos. En caso de contar con un diagnóstico psiquiátrico con más de un año de antigüedad, era necesario presentar una evaluación actualizada que confirmara la remisión total del trastorno. Así, se trabajó con una estudiante del primer semestre de la carrera de administración de empresas, de 18 años y que al momento de la intervención presentó rumiación limerente hacia un excompañero de su anterior carrera.

Instrumentos y Materiales

Escala de Respuestas Rumiativas (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Evalúa la presencia de respuesta rumiativa, además de dos subtipos de rumiación en la versión que se utilizará para este estudio: la rumiación negativa y la rumiación reflexiva, a través de 10 ítems distribuidos en 2 subescalas con 5 ítems cada una. La escala utiliza un formato de respuesta tipo Likert que va de 1= *Casi nunca* a 4= *Casi siempre*. 12 puntos o más en cada factor indicarían la presencia elevada de la respuesta rumiativa (Colin-Corral et al., 2024). Los índices de consistencia interna para la versión mexicana utilizada son de $\alpha=.93$ para la escala total, $\alpha=.78$ para la subescala de rumiación negativa y $\alpha=.77$ para la subescala de rumiación reflexiva. El instrumento ha sido validado en población mexicana por Hernández-Martínez y colaboradores (2016; Apéndice A).

Escala Breve de Rumiación Relacionada al Evento (Cann et al., 2011). Mide presencia/ausencia de dos subtipos de rumiación: la rumiación intrusiva y la rumiación deliberada, a través de 7 y 5 reactivos, respectivamente. El formato de respuesta es tipo Likert que va de 0=

Casi nunca a 3= *Casi siempre*. El alfa de Cronbach reportado para población mexicana es de $\alpha=.92$ para la escala total, $\alpha=.92$ para la rumiación intrusiva y $\alpha=.90$ para la rumiación deliberada (Quezada & de la Garza, 2024; Apéndice B).

Escala de limerencia de Wolf & Lemay (Wolf, 2017). Es un instrumento diseñado para evaluar sintomatología limerente mediante 26 ítems distribuidos en seis factores: incapacidad para ser no-limerente, incertidumbre, dolor en el pecho, inquietud, rumiación limerente y cristalización. Su desarrollo se basó en las pautas teóricas propuestas por Tennov (1979). Para los fines del presente estudio, se tradujo, adaptó y validó en población mexicana a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio. La versión original en inglés contenía 30 ítems, los cuales fueron sometidos a un proceso de jueceo lingüístico y cultural para su adaptación al español mexicano. Posteriormente, se aplicaron dos análisis independientes (exploratorio y confirmatorio), utilizando muestras distintas de 300 participantes cada una. El análisis exploratorio sugirió la eliminación de cuatro ítems, mientras que el confirmatorio arrojó índices de ajuste adecuados para el modelo final de 26 reactivos.

La escala conserva el formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos del instrumento original, que va de 1=*Muy en desacuerdo* a 7=*Muy de acuerdo*. Los puntajes totales posibles en la versión mexicana oscilan entre 26 y 182. Los puntos de corte determinados en la validación son: 26–93 indica limerencia baja, 94–112 media baja, 113–126 moderada, 127–141 media alta y 142–182 alta. La escala mostró un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha=.898$, y coeficientes por factor de: .92 para incapacidad para ser no-limerente, .93 para incertidumbre, .89 para dolor en el pecho, .88 para inquietud, .83 para rumiación limerente y .84 para cristalización.

Finalmente, se determinaron los puntos de corte para cada factor de la escala. En el factor *Incapacidad para ser no-limerente*, puntajes de 4 a 14 corresponden a un nivel bajo, de 15 a 22 a

un nivel moderado y de 23 a 28 a un nivel alto. En *Incertidumbre*, los puntajes de 4 a 14 indican un nivel bajo, de 15 a 24 un nivel moderado y de 25 a 28 un nivel alto. Para *Dolor en el pecho*, un puntaje de 4 a 8 refleja un nivel bajo, de 9 a 17 un nivel moderado y de 18 a 28 un nivel alto. En *Inquietud*, se considera nivel bajo un puntaje de 3 a 10, moderado de 11 a 16 y alto de 17 a 21. En *Rumiación limerente*, de 7 a 38 puntos corresponden a un nivel bajo, de 39 a 44 a un nivel moderado y de 45 a 49 a un nivel alto. Por último, en *Cristalización*, puntajes de 4 a 12 indican un nivel bajo, de 13 a 18 un nivel moderado y de 19 a 28 un nivel alto (en proceso de publicación; Tiscareño & Quiñónez-Rodríguez, 2025; Apéndice C).

Escala de bienestar subjetivo-8 (Calleja & Mason, 2020). Evalúa el grado de satisfacción general que una persona experimenta al reflexionar sobre su vida en su conjunto, así como la presencia de emociones agradables (Calleja & Mason, 2020). La escala cuenta con 2 factores, uno cognitivo y uno emocional, que son satisfacción con la vida y afecto positivo, respectivamente. Cada factor está conformado por 4 ítems de respuesta tipo Likert que va del 1= *en desacuerdo* al 7= *totalmente de acuerdo* para el factor de satisfacción con la vida; y del 1= *rara vez* al 7= *siempre* para el factor de afecto positivo. El puntaje total se obtiene sumando las respuestas y promediándolas. Los puntos de corte de la escala son: menor a 4.37, bienestar bajo; entre 4.37 y 5.87, bienestar medio bajo; entre 4.87 y 6.62, bienestar medio alto; y mayor a 6.62, bienestar alto (Calleja & Mason, 2020). El instrumento fue desarrollado y validado en población mexicana, y cuenta con un índice de confiabilidad de $\alpha=.97$ para la escala total; $\alpha=.94$ para el factor de satisfacción con la vida; y $\alpha=.95$ para el factor de afecto positivo (Apéndice D; Calleja & Mason, 2020).

Inventario de ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). Evalúa la presencia de síntomas de ansiedad a través de 21 ítems con un formato de respuesta de tipo Likert, que va de 0= *Nada* a 3=

Severamente en la última semana. Consta de 2 subescalas que miden síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad, con 14 y 7 ítems, respectivamente (Padrós et al., 2020). El puntaje total del inventario se calcula sumando las respuestas de cada uno de los ítems, con un rango que va de 0 a 63 puntos. Los niveles de ansiedad se categorizan de la siguiente manera: 0 a 5 puntos indican ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30, ansiedad moderada; y de 31 a 63, ansiedad severa. El alfa de Cronbach de la versión que se empleó es de $\alpha=0.911$ (Padrós et al., 2020) y ha sido validada en población mexicana (Robles et al., 2001; Apéndice E).

Inventario de depresión de Beck-2 (Beck et al., 1996). Evalúa la sintomatología depresiva a través de 21 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, que va de 0 (lo menos grave) a 3 (lo más grave), según la intensidad de cada síntoma en la última semana. Consta de dos subescalas que miden las dimensiones cognitivo-afectiva (13 ítems) y somático-vegetativa (8 ítems) de la depresión. La puntuación total varía entre 0 y 63 puntos. Según las recomendaciones originales, los puntos de corte para identificar los niveles de depresión son los siguientes: entre 0 y 13 puntos se considera depresión mínima, de 14 a 19 puntos corresponde a depresión leve, de 20 a 28 puntos a depresión moderada, y de 29 a 63 puntos a depresión grave. El alfa de Cronbach total reportado en la validación para población mexicana es de $\alpha=0.92$ (Rosas-Santiago et al., 2020; Apéndice F).

Además de los instrumentos antes mencionados, se emplearon diversos materiales para la evaluación y desarrollo de la intervención. Entre ellos, se utilizó la carta de consentimiento informado (Apéndice G) para garantizar la participación voluntaria de la participante. Asimismo, se administró una entrevista de diagnóstico diferencial de admisión (Apéndice H), compuesta por 46 preguntas diseñadas por la psicóloga investigadora para identificar con mayor precisión la presencia de rumiación limerente. Esta entrevista incluyó cinco preguntas sobre antecedentes generales de la limerencia y 41 preguntas distribuidas en las cinco dimensiones sintomatológicas

propuestas por Wakin y Vo (2018): 17 preguntas sobre rumiación limerente, 5 sobre fantasías, análisis y repeticiones mentales, 6 sobre ansiedad y sentimientos de inadecuación, 4 sobre dependencia emocional, 7 sobre deterioro en el funcionamiento y 2 para conocer las expectativas del tratamiento.

Para la evaluación de los criterios de exclusión, se empleó el formato de historia clínica (Apéndice I). Adicionalmente, se aplicó una entrevista de salida (Apéndice J) con el fin de identificar cambios cualitativos tras la intervención. Esta entrevista constó de 15 preguntas que abordaron las percepciones de la participante sobre la utilidad del tratamiento, obstáculos percibidos, cambios experimentados a nivel físico, emocional, conductual y cognitivo, así como su opinión sobre posibles mejoras en la intervención.

Como medida de seguimiento de los cambios en la rumiación y los procesos metacognitivos, se utilizó el formato autoinforme del Síndrome Cognitivo Atencional (SCA-1; Apéndice K). Este instrumento registra el tiempo dedicado a la preocupación y la rumiación, el monitoreo de amenazas y las estrategias de afrontamiento, además de medir creencias metacognitivas positivas y negativas. Consta de cuatro reactivos con una escala tipo Likert de 9 puntos (0 = en ningún momento, 8 = todo el tiempo). Basado en el modelo metacognitivo, resulta adecuado para personas que no cumplen criterios diagnósticos específicos de un trastorno (Wells, 2019).

Durante la intervención, se empleó material psicoeducativo (Apéndice L) sobre limerencia, rumiación, metacognición, el Síndrome Cognitivo Atencional y el modelo metacognitivo de la limerencia. También se utilizaron instrucciones para el *mindfulness* desapegado (Apéndice M), el formato de autoatención para el entrenamiento atencional (Apéndice N) y el diagrama psicoeducativo para la solución de problemas considerando la

rumiación (Apéndice Ñ). Finalmente, tras un mes de finalizada la intervención, se llevó a cabo la entrevista de seguimiento (Apéndice O), compuesta por 16 preguntas que exploraron la evolución percibida por la participante. Esta evaluación permitió indagar sobre los cambios generales en la sintomatología limerente, el estado emocional y cognitivo, la permanencia de las herramientas adquiridas, la identificación de creencias metacognitivas tras la rumiación y el impacto del tratamiento en otras áreas de la vida de la participante. Asimismo, se exploró la necesidad de apoyo adicional o de sesiones de refuerzo para consolidar habilidades trabajadas durante la intervención.

Procedimiento

Debido a la escasa exploración del constructo de rumiación limerente y de los efectos de la terapia metacognitiva en este fenómeno, se eligió un diseño de caso único con un enfoque preexperimental y cuantitativo, utilizando una evaluación en cuatro momentos: pretest, posttest, una medición intermedia y una medición de seguimiento a un mes (Shadish et al., 2002). Este diseño permitió analizar los cambios en la rumiación limerente durante y después del proceso terapéutico a un nivel más profundo (Yin, 2018). De esta manera, fue posible obtener información más detallada sobre la evolución del caso y los posibles efectos de la intervención (Yin, 2018).

El estudio de caso permite un análisis puntual y contextualizado del fenómeno, lo que favorece una mayor comprensión de la experiencia individual del participante (Yin, 2018). Sin embargo, al centrarse en un solo caso, los hallazgos no pueden generalizarse estadísticamente a una población más amplia (Shadish et al., 2002). Aun así, este enfoque puede contribuir a la generalización teórica y la replicabilidad en otros contextos (Eisenhardt, 1989; Flyvbjerg, 2006;

Yin, 2018), en la medida en que los resultados sean coherentes con el modelo aquí presentado de la rumiación limerente y su aceptación desde la terapia metacognitiva.

Para garantizar una evaluación integral, se emplearon múltiples métodos de recolección de datos (Shadish et al., 2002), abarcando pruebas psicométricas validadas en población mexicana, autoinformes y entrevistas. En particular, se aplicó el SCA-1, un formato de autoinforme propio de la terapia metacognitiva que permitió evaluar la percepción de la participante sobre sus propias metacogniciones y creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente (Wells, 2009). Se considera que el uso de estos instrumentos fortalece la validez del estudio y facilita su replicabilidad, aunque no elimina la posibilidad de sesgos derivados de la autoevaluación (Shadish et al., 2002).

Para reducir el riesgo de interpretaciones sesgadas y asegurar una medición de cambios correcta, se realizaron cálculos de índices de cambio confiables (Jacobson & Truax, 1991). Este tipo de análisis estadísticos son adecuados para estudios de caso (Sanz & García-Vera, 2015). No obstante, la ausencia de un grupo control restringe la capacidad de atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención (Shadish et al., 2002). Para ello, se tomaron medidas para fortalecer la validez interna, como la exploración al inicio de cada sesión de eventos externos, actividades adicionales y cambios que pudiesen influir en la participante y afectar la evolución de la rumiación limerente (Shadish et al., 2002).

Un desafío adicional fue la variabilidad en la motivación de la participante, la cual podría haber afectado su adherencia al tratamiento (Kazdin, 2016). Para reducir este riesgo, desde el inicio se estableció una comunicación clara sobre los alcances y limitaciones de la intervención, fomentando un *rapport* adecuado y asegurando un equilibrio en la carga terapéutica. Aunque este factor no constituye una amenaza formal a la validez interna (Shadish et al., 2002), su influencia

en los resultados se consideró como una limitación práctica en la implementación de la intervención (Kazdin, 2016). A pesar de estas medidas, variables externas, así como el derecho a desertar de la participante representaron limitantes inherentes al diseño.

La operacionalización que se realizó de la rumiación limerente dentro del modelo metacognitivo para el presente trabajo fue:

1. Persistencia del pensamiento hacia el OL. La dificultad para interrumpir o modificar este patrón mental se ve reflejado en:
 - Referir una frecuencia elevada de los pensamientos, dificultad para interrumpirlos, para controlarlos y para enfocarse en otras actividades mediante las preguntas 1, 2, 3, 8 y 9 del apartado de rumiación de la entrevista de admisión.
 - Referir que sí a las preguntas 2, 3 y 4 del apartado de fantasías, escenarios imaginarios y repeticiones mentales de la entrevista de admisión.
 - Una puntuación total de 14 puntos o más en la Escala de Respuestas Rumiativas.
 - Una puntuación total de 17 puntos o más en la Escala de Rumiación Breve Relacionada a un Evento.
 - Un puntaje de 5 o más en los ítems 5, 6, 7 y 8 de la Escala de Limerencia.
 - Un puntaje de entre 5 y 8 en la pregunta 1 del formato SCA-1.
 - Un puntaje de 4 o más en la pregunta 2 del formato SCA-1.
 - Puntajes de 60 o más en las preguntas 4c, 4f y 4h del formato SCA-1.
2. Duda constante acerca de los sentimientos del OL. La preocupación recurrente sobre la falta de claridad acerca de los sentimientos del OL, y su consecuente búsqueda de certeza sobre ello se ve reflejada en:

- Manifestar estrategias para conocer de manera directa e indirecta los sentimientos del OL en la pregunta 5 del apartado general de la entrevista de admisión.
 - Manifestar deseos de conocer los sentimientos del OL en las preguntas 4, 5 y 17 del apartado de rumiación de la entrevista de admisión
 - Manifestar las afectaciones que experimenta por la incertidumbre en la pregunta 4 del apartado de dependencia emocional de la entrevista de admisión.
 - Un puntaje de 5 o más en los ítems 9, 10, 11 y 12 de la Escala de Limerencia.
3. Reinterpretación de interacciones. La tendencia a analizar minuciosamente gestos, palabras y comportamientos pasados del OL en busca de señales de interés o rechazo se manifiesta en:
- Responder afirmativamente las preguntas 6 y 7 de la entrevista de admisión y referir algún ejemplo.
4. Fantasías o escenarios imaginarios. La frecuencia de creación y recreación mental de posibles situaciones futuras con el OL, usualmente idealizadas, se reflejan en:
- Contestar que sí a las preguntas 1,3 y 5 del apartado de análisis, fantasías, repeticiones mentales de la entrevista de admisión y dar ejemplos de ello, así como la duración y frecuencia de las fantasías.
 - Describir sentimientos de euforia, gusto, felicidad extrema y/o alegría, así como de ganas de llorar, tristeza y/o depresión en las preguntas 1 y 2 del apartado de dependencia emocional de la entrevista de admisión.
 - Un puntaje de 5 o más en los ítems 21, 22 y 23 de la Escala de Limerencia.

5. Creencias metacognitivas positivas acerca de la rumiación. La percepción de que rumiación es útil y/o necesaria para encontrar respuestas, resolver dudas o tomar decisiones relacionadas con el OL se manifiesta en:
 - Un puntaje de 60 o más en las preguntas 4g y 4h del formato SCA-1.
6. Creencias metacognitivas negativas acerca de la incontrolabilidad de la rumiación se reflejan en:
 - Un puntaje de 60 o más en las preguntas 4c y 4d del formato SCA-1.

El reclutamiento de la participante se hizo mediante invitaciones publicadas por Facebook (Apéndice P). Fue necesaria una sesión de admisión para determinar su participación; en ella se realizó una entrevista de diagnóstico diferencial y la aplicación de pretest, mediante las cuales se identificó la presencia de rumiación limerente. Dos voluntarios más acudieron por este medio y fueron evaluados; sin embargo, no cumplieron los criterios de inclusión, ya que presentaban ansiedad y depresión graves. Una vez admitida, a la voluntaria se le expuso el consentimiento informado y se le entregaron los resultados de su evaluación, para posteriormente, presentarle el plan de tratamiento (Apéndice Q). De este modo, se trabajó en una de las salas del edificio Y del Instituto de Ciencias Sociales y Administración, ya que cuenta con el espacio e insumos óptimos para desarrollar el proceso de intervención. En el transcurso de las sesiones se psicoeducó en limerencia, rumiación, metacognición y el Síndrome Cognitivo-Atencional, lo que abrió paso a la aplicación de técnicas metacognitivas propias de la intervención como la reestructuración metacognitiva, exposición metacognitiva, práctica de *mindfulness* desapegado, entrenamiento atencional, psicoeducación en solución de problemas usando la rumiación funcional y postest. Al cabo de un mes se realizó una entrevista de

seguimiento (Apéndice O) y la aplicación de los mismos instrumentos del pretest para conocer el nivel de mantenimiento y evolución de los resultados de la intervención.

Las sesiones se realizaron de forma semanal, con una duración variable de entre 60 y 120 minutos, dependiendo de las necesidades de la participante. En algunos casos, además de trabajar los contenidos propios de la intervención, se abordaron temas personales no directamente relacionados con los objetivos del tratamiento. Esto se detalla en el apartado de discusión y conclusiones.

Como métodos de evaluación se utilizaron la entrevista de diagnóstico, los instrumentos enlistados previamente, el formato de autoinforme SCA-1, la entrevista de salida y la de seguimiento. Se utilizó como base de la intervención el manual de Borders (2020), ya que propone el orden en que se deben trabajar las estrategias metacognitivas para un mejor manejo de la rumiación. Sin embargo, aunque este manual esboza de qué se trata cada técnica, no da mayores detalles acerca de su aplicación. Por ello, se recurrió al manual de Wells (2019), en el que se describen con profundidad cada una de las técnicas metacognitivas.

Finalmente, se empleó el manual de Ruiz y colaboradoras (2012) para confeccionar el componente psicoeducativo del tratamiento de la primera y última sesión, que incluye la psicoeducación sobre limerencia, rumiación, metacognición y el Síndrome Cognitivo Atencional de la primera sesión; y la psicoeducación en solución de problemas de la última sesión. Para más detalles de las sesiones, así como de las actividades a realizar en cada una de ellas se sugiere ver la Tabla 5.

Tabla 5

Plan de intervención para la rumiación limerente

Sesión y descripción	Objetivo	Actividad	Materiales	Producto evaluativo	Tiempo
#1 -de admisión + pretest- 1. Se recabará la información pertinente para determinar si la persona es admisible para el programa de intervención y se dará una leve introducción sobre el programa	Evaluar al voluntario				
	Medir la rumiación limerente		Entrevista semi estructurada de diagnóstico diferencial	- Entrevista inicial respondida	
	Identificar el tipo de rumiación limerente disfuncional	Aplicación de pruebas Realización de entrevista	ERR ERRI-B BAI BDI-II	- Resultados de las pruebas aplicadas - Formato SCA-1 contestado	90 minutos
	Reconocer las creencias metacognitivas positivas y negativas que fomentan la rumiación limerente disfuncional		Escala de Limerencia Formato SCA-1 EBS-8		
#2 -canalización/admisión- 1. Se canalizará a la persona en caso de ser necesario. De lo contrario se recabará la historia clínica. 2. Se comunicarán resultados de la evaluación 3. Se abordará el consentimiento informado		Canalizar con otro terapeuta	Formato SCA-1		
	Canalizar o admitir al participante	Recabar la historia clínica	Historia clínica	- Formato SCA-1 contestado	
	Recabar historia clínica	Entregar resultados de evaluación pretest	Resultados del pretest	- Historia clínica llena - Consentimiento informado firmado	90 minutos
	Obtener el consentimiento informado	Atender a dudas y firmar el consentimiento informado	Consentimiento informado		
#3 -psicoeducación- 1. Se presentará el plan de tratamiento 2. Se psicoeducará sobre limerencia, rumiación, metacognición y el SCA, y se le pedirá que explique con su experiencia lo que se le presentó 3. Se encargará al paciente el registro A-B-C enfocado en su Objeto Limerente			Formato SCA-1		
	Presentar el plan de tratamiento	Presentación en PowerPoint del plan de tratamiento y atender dudas	Presentación de PowerPoint del plan de tratamiento	- Formato SCA-1 contestado	
	Explicar los conceptos de limerencia, rumiación, metacognición y SCA, así como su relación e impacto cognitivo	Psicoeducación con presentación de PowerPoint sobre el modelo metacognitivo de la rumiación limerente	Presentación de PowerPoint del modelo metacognitivo de la limerencia	- Nota de sesión	60 minutos

Sesión y descripción	Objetivo	Actividad	Materiales	Producto evaluativo	Tiempo
#4 -reestructuración metacognitiva-					
1. Usando la tarea A-B-C se empleará el diálogo socrático metacognitivo para identificar los procesos metacognitivos que sostienen los pensamientos intrusivos limerentes A-M-C 2. Se realizará un experimento conductual para comprobar que rumiar no proporcionará la respuesta que se busca (¿le gusto?) 3. Enseñanza y práctica de <i>mindfulness</i> desapegado (MD) 4. Tarea: Continuar registro A-B-C e intentar dilucidar la metacognición detrás del pensamiento intrusivo limerente para así poner en práctica lo visto en sesión A-M-C; práctica MD con cada desencadenante	Identificar las creencias metacognitivas que incentivan la rumiación limerente disfuncional Desafiar y modificar las creencias metacognitivas que incentivan la rumiación limerente disfuncional	Aplicación del formato SCA-1 Revisión del registro ABC Experimento conductual Práctica de las técnicas la tarea del tigre, experimento de supresión-contrasupresión y la metáfora de las nubes	Formato SCA-1 Registro ABC del participante Instrucciones de <i>mindfulness</i> desapegado	- Formato SCA-1 contestado - Formato ABC del participante con AMC durante la sesión - Nota de sesión	60 minutos
#5 –mindfulness desapegado-					
1. Dar seguimiento a la tarea A-B(M)-C y práctica de <i>mindfulness</i> desapegado 2. Continuar práctica de <i>mindfulness</i> , combinándolo con diálogo socrático metacognitivo 3. Tarea: A-M-C y práctica de MD con cada desencadenante	Revisar posibles dificultades en la tarea A-B(M)-C Continuar con la identificación, desafío y modificación de las creencias metacognitivas que incentivan la rumiación limerente disfuncional Revisar posibles dificultades y mal uso del <i>mindfulness</i> desapegado Estimular la flexibilidad metacognitiva	Aplicación del formato SCA-1 Preguntar cómo le fue con los ejercicios encargados y revisarlos (identificar en qué desencadenantes aplicó MD, deben ser solo los de rumiación) Reestructuración metacognitiva en caso de ser pertinente Práctica de las técnicas asociación libre, el bucle verbal, el yo observador y la técnica de la fantasía	Formato SCA-1 Instrucciones de técnicas de <i>mindfulness</i> desapegado	- Formato SCA-1 contestado - Formato ABC del participante con AMC durante la sesión - Nota de sesión	60 minutos

Sesión y descripción	Objetivo	Actividad	Materiales	Producto evaluativo	Tiempo
#6 –entrenamiento atencional- 1. Evaluación intermedia 2. Dar seguimiento a tarea A-M-C y práctica de MD 3. Entrenamiento atencional (EA) 4. Tarea: Práctica del EA	Estimular la habilidad para interrumpir y disminuir el uso de la rumiación limerente disfuncional que se ve reflejada en la autoatención	Aplicación del formato SCA-1 Evaluación intermedia Preguntar cómo le fue con los ejercicios encargados (identificar en qué desencadenantes aplicó MD, deben ser solo los de rumiación) Reforzar reestructuración metacognitiva y posibles dificultades y mal uso del MD Entrenamiento atencional siguiendo el modelo P-E-T-S	Formato SCA-1 ERR ERRI-B BAI BDI-II Escala de Limerencia EBS-8 Instrucciones y formato para la práctica del entrenamiento atencional Comprobación de credibilidad Escala de autoatención Formato de práctica para el paciente	- Formato SCA-1 contestado - Autorregistro AMC (tarea de la sesión anterior) - Nota de sesión - Escala de autoatención - Pregunta de comprobación de credibilidad antes y después del EA respondida	90 minutos
#7 -seguimiento del entrenamiento atencional- 1. Dar seguimiento a tarea de práctica para ver dificultades 2. Continuar EA 3. Tarea: Práctica del EA diario	Revisar posibles dificultades y mal uso del entrenamiento atencional Estimular la habilidad para interrumpir y disminuir el uso de la rumiación limerente disfuncional que se ve reflejada en la autoatención	Aplicación del formato SCA-1 Preguntar cómo le fue con el ejercicios encargado Entrenamiento atencional siguiendo el modelo P-E-T-S	Formato SCA-1 Instrucciones y formato para la práctica del entrenamiento atencional Comprobación de credibilidad Escala de autoatención Formato de práctica para el paciente	- Formato de práctica de EA para el paciente respondida (tarea de la sesión anterior) - Formato SCA-1 contestado - Nota de sesión - Escala de autoatención - Pregunta de comprobación de credibilidad en el EA antes y después respondida	60 minutos

Sesión y descripción	Objetivo	Actividad	Materiales	Producto evaluativo	Tiempo
#8 –el papel de la rumia en la solución de problemas– 1. Dar seguimiento a tarea encargada 2. Psicoeducación sobre cómo usar la rumiación para resolver problemas 3. Planificar una resolución en cuanto al OL junto con el participante	Promover el uso de la rumiación limerente funcional para tomar acciones encaminadas a la resolución de problemas	Aplicación del formato SCA-1 Preguntar cómo le fue con el ejercicio encargado Explicar cómo usar la rumiación para resolver problemas Aplicar lo explicado al contexto del OL	Formato SCA-1 Diagrama de solución de problemas considerando la rumiación Hojas blancas, pluma y colores	- Formato de práctica de EA para el paciente respondida (tarea de la sesión anterior) - Nota de sesión - Formato SCA-1 contestado -Diagrama de flujo elaborado en sesión por el participante	60 minutos
#9 –postest– 1. Recabar la experiencia del participante a lo largo de la intervención 2. Realización de entrevista de salida 3. Aplicación de postest 4. Cierre terapéutico en el que se responderán dudas que hayan quedado al voluntario y se agradecerá su participación en el proyecto, ofreciéndole la entrega de su pre y post test	Identificar cambios en el tipo de rumiación limerente disfuncional Identificar cambios en las creencias metacognitivas positivas y negativas que fomentan la rumiación limerente disfuncional Conocer la experiencia del participante en cuanto a la intervención Cerrar el proceso terapéutico	Entrevista de salida Aplicación de postest Cierre terapéutico y agradecimiento al participante	Formato de entrevista de salida ERR ERRI-B BAI BDI-II Escala de Limerencia Formato SCA-1 EBS-8	- Formato SCA-1 respondido - Pruebas aplicadas respondidas - Entrevista de salida respondida - Resultados de las pruebas aplicadas	60 a 90 minutos
#10 –de seguimiento– 1. Recabar la experiencia del participante después de la intervención 2. Realización de entrevista de seguimiento y aplicación de psicometría	Identificar el nivel de mantenimiento de la rumiación limerente al finalizar el tratamiento	Entrevista de seguimiento Aplicación de psicometría	Formato de entrevista de seguimiento ERR ERRI-B BAI BDI-II Escala de Limerencia Formato SCA-1 EBS-8	- Formato SCA-1 respondido - Pruebas aplicadas respondidas - Entrevista de seguimiento respondida - Resultados de las pruebas aplicadas	60 a 90 minutos

Para el análisis de los resultados se utilizó el índice de cambio confiable o *reliable change index (RCI)*; (Jacobson & Truax, 1991) con cada una de las pruebas aplicadas. Tal índice asegura que los cambios reflejados en las puntuaciones de las pruebas aplicadas en las evaluaciones pre, post, intermedia y de seguimiento se deban a un cambio clínico significativo y no a un error de medición del instrumento. Este cálculo tiene en cuenta la desviación estándar de la prueba, su índice de confiabilidad o alfa de Cronbach y las puntuaciones brutas recabadas en dos momentos diferentes (Jacobson & Truax, 1991). Un índice de cambio confiable por encima de 1.65 significa que el cambio es estadísticamente significativo, lo cual supone que el respondiente pasó de una población disfuncional a una población funcional (Jacobson & Truax, 1991).

En cuanto al formato de autoinforme SCA-1, se graficaron los resultados de las mediciones de cada sesión para visibilizar las tendencias de los cambios en los puntajes a lo largo de la intervención. Por último, se realizó un análisis temático para analizar los datos recabados en la entrevista de admisión, de salida y de seguimiento. Esta técnica de análisis implica la codificación y generación de temáticas dadas a lo largo de las entrevistas (Braun & Clarke, 2006). De esta manera, el análisis temático da cuenta de los patrones narrativos y significados subyacentes en las respuestas de la persona, facilitando la identificación de cambios en su discurso a lo largo del proceso de intervención (Braun & Clarke, 2006).

Con respecto a los aspectos éticos, una consideración imprescindible fue la aprobación del presente proyecto de intervención por parte del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, que fue obtenida en septiembre de 2024. Asimismo, el consentimiento informado fue esencial para la participación. Éste, incluyó una explicación clara y detallada sobre el propósito, las actividades, los posibles beneficios y riesgos, y el derecho de la participante a abandonar la intervención en cualquier momento sin repercusiones negativas. Dentro del consentimiento informado se le explicó a la

voluntaria que sus datos e información serían usados únicamente para fines de investigación y práctica de intervención de maestría, por lo que el uso de claves y códigos para garantizar el anonimato fueron otra consideración ética muy importante. En lo referente a la cantidad y duración de las sesiones de intervención se contempló en todo momento alargarlas o acortarlas según las necesidades de la participante, ofreciendo un espacio seguro y respetuoso para el trabajo terapéutico. Además, se tomaron medidas preventivas para minimizar cualquier riesgo emocional o psicológico que pudiese haber surgido, con la opción de ofrecer apoyo adicional cuando fuese necesario. Al finalizar la intervención, se le entregaron a la participante los resultados sobre sus avances y logros durante el proceso, proporcionando retroalimentación personalizada que promoviese su bienestar y reforzase las estrategias aprendidas.

Resultados

Pretest-Intermedia

Los resultados de la primera mitad de la intervención arrojaron un índice de cambio confiable significativo en los puntajes de limerencia, rumiación negativa, rumiación reflexiva y rumiación intrusiva, con valores por encima de 1.65. Igualmente, se observaron cambios significativos en los niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, los niveles de bienestar subjetivo y de rumiación deliberada no mostraron cambios estadísticamente significativos.

Respecto a los tipos de rumiación, la rumiación intrusiva pasó de 18 puntos en el pretest —lo cual indica un nivel alto— a 0 puntos en la evaluación intermedia. De igual forma, la rumiación deliberada disminuyó de 10 a 5 puntos, pasando de un nivel moderado a uno bajo. En cuanto a la rumiación reflexiva, el puntaje inicial fue de 20 (nivel alto), descendiendo a 6 puntos (nivel bajo). Por su parte, la rumiación negativa bajó de 19 a 5 puntos, lo que representa un cambio de nivel alto a bajo.

En relación con la limerencia, pasó de 153 puntos en el pretest, lo cual es un nivel alto, a 57 puntos, que es el nivel bajo. Al desglosar las subescalas, se observó que la incapacidad para ser no-limerente pasó de 20 puntos (moderada) a sólo 4 (baja). La incertidumbre, aunque pasó de 23 a 16 puntos, se mantuvo en el nivel moderado. El dolor en el pecho disminuyó de 22 puntos, nivel alto, a 4 puntos, que es un nivel bajo. La inquietud pasó de alta, con 21 puntos, a moderada, con 14 puntos. La rumiación limerente se redujo de 48 puntos a 15, pasando del nivel alto al bajo. Por último, la cristalización cambió del nivel alto al bajo, pasando de 19 a 4 puntos (ver resumen en la Tabla 6).

Tabla 6*Puntajes pretest-intermedia por factor de la Escala de Limerencia*

Factor	Puntaje pretest	Puntaje intermedia
Incapacidad para ser no-limerente	20	4
Incertidumbre	23	16
Dolor en el pecho	22	4
Inquietud	21	14
Rumiación limerente	48	15
Cristalización	19	4
Total	153	57

Respecto a la ansiedad, hubo una disminución de 29 a 21 puntos, manteniéndose en el nivel moderado en ambos casos. En contraste, la depresión pasó de 29 puntos (nivel grave) a 5 puntos en la intermedia, lo que corresponde a un nivel de altibajos considerados normales. Finalmente, al nivel de bienestar subjetivo pasó de 3.62 a 4 puntos, siendo ambos niveles bajos. Estos resultados se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7*Puntajes e índices de cambio confiable pretest-intermedia*

Instrumento	Puntaje pretest	Puntaje intermedia	Índice de cambio confiable pretest-intermedia
ERR	39	11	20.78
R. Negativa	19	5	5.68
R. Reflexiva	20	6	5.89
ERRI-B	28	5	5.55
R. Intrusiva	18	0	3.87
R. Deliberada	10	5	1.22*
Escala de Limerencia	153	57	8.24
EBS-8	3.62	4	0.95*
BAI	29	21	1.93
BDI-II	32	5	8.60

Nota. Un índice mayor de 1.65 indica que el cambio es significativo.

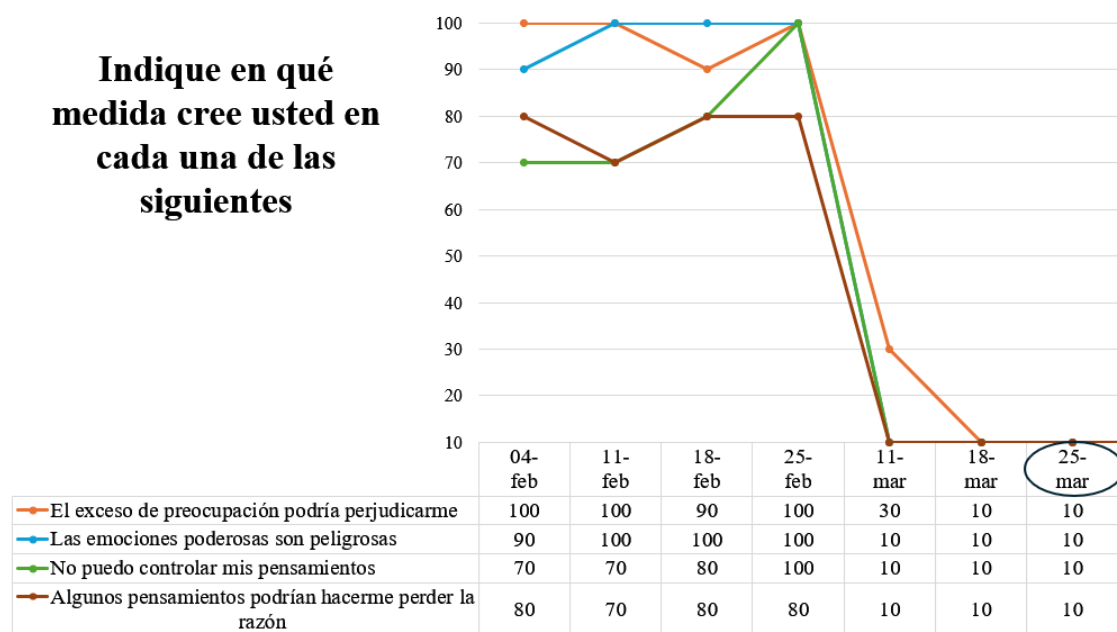
* Índice por debajo de 1.65.

Por otra parte, los resultados del formato SCA-1 indican que hubo cambios significativos en las creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente. Los puntajes disminuyeron de rangos entre 60 y 100 puntos en el pretest, a 10 puntos en la evaluación intermedia, siendo este el puntaje mínimo posible del formato (ver Figuras 9 y

10). Específicamente, se observaron reducciones significativas en las creencias indicativas de rumiación limerente, que son: *las emociones poderosas son peligrosas*, pasando de 90 a 10 por ciento; *no puedo controlar mis pensamientos*, con un porcentaje inicial de 70 e intermedio de 10; *es importante controlar mis pensamientos*, con 80 por ciento en el pretest y 10 en la intermedia, y *analizar mis problemas me ayudará a encontrar respuestas*, con 90 por ciento inicial y 10 en la evaluación intermedia. En concordancia, también se registraron disminuciones en el resto de las creencias metacognitivas evaluadas, lo cual puede observarse en las Figuras 9 y 10.

Figura 9

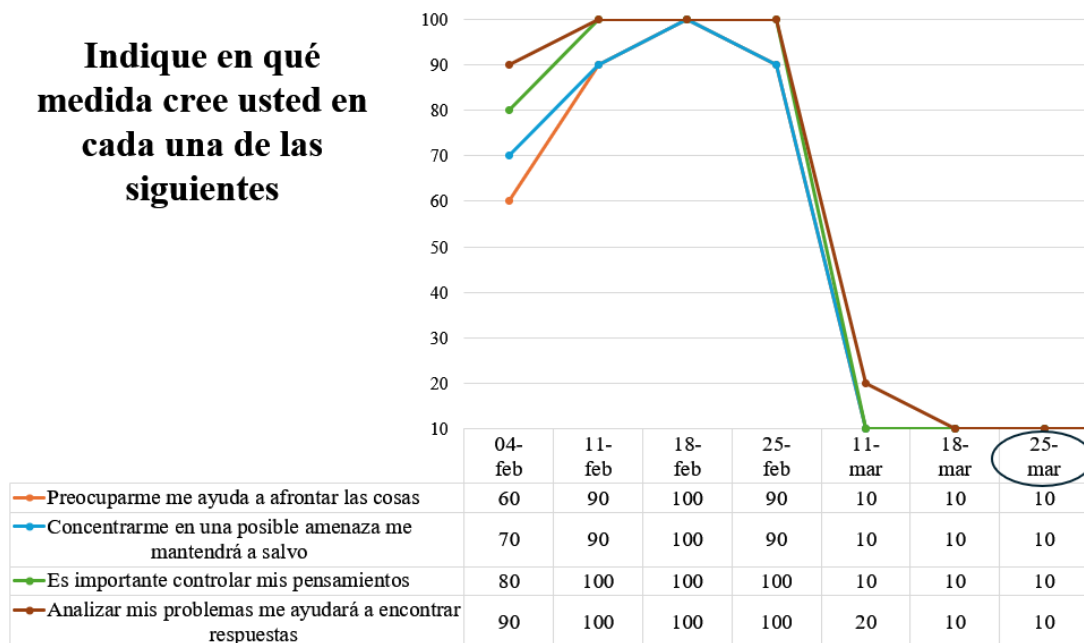
Mediciones de 4 creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente por sesión



Nota. La fecha encerrada indica el momento de la evaluación intermedia.

Figura 10

Mediciones de otras 4 creencias metacognitivas asociadas a la rumiación limerente por sesión



Nota. La fecha encerrada indica el momento de la evaluación intermedia.

Sumado a lo anterior, y a partir del mismo formato, se identificaron cambios en los patrones de preocupación, atención a la amenaza, percepción de la incontrolabilidad del pensamiento y estrategias metacognitivas inadecuadas de afrontamiento, que son componentes adicionales del Síndrome Cognitivo Atencional. De esta forma, el ítem *¿durante cuánto tiempo, a lo largo de la última semana, se ha descubierto cavilando o preocupándose por cuestiones relacionadas con la persona que le gusta?*, que refleja patrones rumiativos y de preocupación, obtuvo un puntaje inicial de 3 (casi la mitad del tiempo) y disminuyó a 0 (en ningún momento) en la evaluación intermedia. El ítem *¿cuánto tiempo, durante la última semana, ha centrado su atención en cosas que le parecen amenazadoras para que la persona que le gusta corresponda sus sentimientos?* pasó de un puntaje de 3 (casi la mitad del tiempo) a 0 (en ningún momento).

Finalmente, el uso de 6 estrategias metacognitivas inadecuadas evaluadas a través del ítem *¿con qué frecuencia, durante la última semana, ha hecho una de estas cosas para*

afrontar sus sentimientos o pensamientos respecto a la persona que le gusta?, y que implican la percepción de incontrolabilidad del pensamiento, reflejaron cambios significativos. La estrategia *he evitado determinadas situaciones* disminuyó de 7 a 0 puntos. La estrategia *he tratado de no pensar en algunas cosas* descendió de 3 a 0 puntos. La estrategia *he intentado controlar mis emociones* bajó de 4 (la mitad del tiempo) a 0 puntos, *he controlado mis síntomas* pasó de 5 a 0 puntos. Las estrategias *he recurrido al alcohol/drogas* y *he pedido a otra persona que me tranquilice* se mantuvieron en 0 a lo largo de la primera mitad de la intervención.

En resumen, los puntajes intermedios muestran variaciones respecto a la línea base en casi todas las variables medidas. A continuación, se presentan los resultados correspondientes a la comparación entre el pretest y el postest. Éstos incluirán la comparación de datos cualitativos obtenidos de las entrevistas de admisión y de salida.

Postest

Los resultados del postest muestran que hubo cambios en los puntajes de todas las variables evaluadas. Sin embargo, los índices de cambio confiable obtenidos en la primera mitad de la intervención se mantuvieron estables: aquellos que fueron significativos (por encima de 1.65) continuaron siéndolo, y los que no alcanzaron tal significancia también se mantuvieron, por lo que no se identificaron nuevos cambios en estos índices.

A partir de la evaluación intermedia, se observó un incremento en los puntajes de todos los tipos de rumiación, excepto la limerente. No obstante, los puntajes de limerencia, ansiedad y depresión continuaron disminuyendo. Igualmente, se registró un leve decremento en el puntaje de bienestar subjetivo.

Con relación a los tipos de rumiación, y retomando los datos de la evaluación intermedia, la rumiación intrusiva pasó de 0 a 3 puntos en el postest; si bien representa un aumento, este se mantiene dentro del nivel bajo. Por su parte, la rumiación deliberada se

mantuvo en 5 puntos, permaneciendo moderada. En cuanto a la rumiación reflexiva, el puntaje intermedio fue de 6 (nivel bajo) e incrementó a 12 puntos (nivel moderado). De forma similar, la rumiación negativa aumentó de 5 a 11 puntos, cambiando de nivel bajo a moderado.

Respecto a la limerencia, el puntaje total disminuyó de 57 a 41 puntos, permaneciendo en el nivel bajo. En cuanto a las subescalas, la incapacidad para ser no limerente, el dolor en el pecho y la cristalización se mantuvieron en 4 puntos, que es el nivel bajo. La incertidumbre e inquietud pasaron del nivel moderado, con 16 y 14 puntos, respectivamente, al nivel bajo con 9 puntos en ambas escalas. La rumiación limerente disminuyó de 15 a 11 puntos, conservándose en el nivel bajo. El resumen de estos puntajes se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8

Puntajes pretest-postest por factor de la Escala de Limerencia

Factor	Puntaje pretest	Puntaje intermedia	Puntaje postest
Incapacidad para ser no-limerente	20	4	4
Incertidumbre	23	16	9
Dolor en el pecho	22	4	4
Inquietud	21	14	9
Rumiación limerente	48	15	11
Cristalización	19	4	4
Total	153	57	41

En el caso de la ansiedad, se redujo de 21 a 11 puntos, lo que representa un cambio de nivel moderado a nivel bajo. La depresión también descendió, de 5 a 4 puntos, manteniéndose en el nivel de altibajos considerados normales. Por último, el bienestar subjetivo mostró una ligera disminución, pasando de 4 a 3.75 puntos, conservándose en un nivel bajo. Estos resultados se presentan en la Tabla 9, donde se enlistan los puntajes del pretest, de la evaluación intermedia y del postest y se muestran los índices de cambio confiable pretest-postest.

Tabla 9*Puntajes e índices de cambio confiable pretest-postest*

Instrumento	Puntaje pretest	Puntaje intermedio	Puntaje postest	Índice de cambio confiable pretest-postest
ERR	39	11	23	11.87
R. Negativa	19	5	11	3.25
R. Reflexiva	20	6	12	3.37
ERRI-B	28	5	8	4.82
R. Intrusiva	18	0	3	3.22
R. Deliberada	10	5	5	1.22*
Escala de Limerencia	153	57	37	1.71
EBS-8	3.62	4	3.75	0.32*
BAI	29	21	11	4.35
BDI-II	32	5	4	8.92

Nota. Un índice mayor de 1.65 indica que el cambio es significativo.

* Índice por debajo de 1.65.

Con respecto al formato SCA-1, los puntajes de las 8 creencias metacognitivas evaluadas permanecieron en 10 puntos cada una desde de la evaluación intermedia hasta el postest. Igualmente, los puntajes de los componentes adicionales del Síndrome Cognitivo Atencional conservaron un puntaje de 0, es decir, no se reportó la presencia de estos patrones en el postest. Esto implica que tanto la duración como la frecuencia de los patrones de preocupación, atención a la amenaza, percepción de la incontrolabilidad del pensamiento y uso de estrategias metacognitivas inadecuadas de afrontamiento permanecieron estables. Asimismo, el uso de las 6 estrategias metacognitivas inadecuadas de afrontamiento, evaluadas a través del ítem *¿con qué frecuencia, durante la última semana, ha hecho una de estas cosas para afrontar sus sentimientos o pensamientos respecto a la persona que le gusta?*, y enlistadas en el apartado anterior, se mantuvieron en 0 hasta el postest.

En el análisis temático de las entrevistas de admisión y de salida se identificaron ocho categorías: 1) ansiedad y miedo asociados al OL; 2) cristalización; 3) rumiación limerente; 4) emociones relacionadas con el OL; 5) culpa relacionada al OL; 6) estrategias de afrontamiento; 7) comportamientos orientados al OL, y 8) interpretaciones acerca del comportamiento del OL. Tales categorías se presentan en la Tabla 10, donde se comparan los

fragmentos más representativos del discurso de la participante en cada una de las ocho categorías temáticas, contrastando sus respuestas de la entrevista de admisión (pretest) y la de salida (postest).

Tabla 10

Fragmentos representativos por categoría temática, pretest y postest

Categoría	Pretest	Postest
Ansiedad y miedo asociados al OL	“me sentía con ganas de hablarle, pero me daba mucha ansiedad, me palpitaba mucho el corazón. Pensé muchas veces en hablarle, pero nunca lo hice, me daba mucho miedo, me daba miedo no saber qué decirle o que se diera cuenta de mis nervios”	“antes me daba mucho mucho miedo ver al OL o ver a alguien parecido y ahorita ya es como que no me importa mucho, como que yo vengo a lo mío, a hacer lo mío y equis si es él o no es él o si andan ahí sus amigas, al final no me interesa quién ande por ahí”
Cristalización	“se me hace tierno, cuando lo veía se me hacía muy tierno, y daba datos que me hacían pensar que era muy inteligente, se veía que le gustaba el anime y cosas así, como que a lo mejor me podía llevar bien con él”	“como que ya lo veo como una persona que tiene sus defectos y viéndolo más allá creo que él no es mi tipo”
Rumiación limerente	“actualmente tengo incertidumbre de si alguna vez le llamé la atención, pienso que a lo mejor le puedo gustar”	“ya no le doy tanta importancia al OL en mi vida, en mis pensamientos y en mis sentimientos”
Emociones relacionadas con el OL	“se me hacía raro, lo extrañaba un poquito”	“ya no tengo ni la emoción de decir: “ay, ¿y si le gusto?” ni el dolor de: “se me hace que no le gusto, tiene novia y esto y lo otro” no es relevante en este momento, cambió hasta el hecho de lo que siento por el OL”
Culpa relacionada al OL	“actualmente pienso que se ve lindo, tierno, pero me siento mal de pensarlo y saber que tiene novia”	“ya no me culpo, ya no he sentido emociones tan fuertes al estar cerca de OL o al estar por donde está el o por verlo en Facebook, ya no tengo esos sentimientos fuertes que antes tenía”
Estrategias de afrontamiento	“Actualmente yo solita trato de ponerme los pies en la tierra diciendo “tiene novia”	“no tengo que estar controlando mis pensamientos sino simplemente dejarlos ser”
Comportamientos orientados al OL	“Trataba de maquillarme, cambiar la postura para estar más derecha, hacía la voz más aguda, me ponía ropa más pegada al cuerpo”	“ahorita ya es como que no me importa mucho, como que yo vengo a lo mío, a hacer lo mismo y equis si es él o no es él o si andan ahí sus amigas, al final no me interesa quién ande por ahí”
Interpretaciones acerca del comportamiento del OL	“siento que dejó de ir al edificio porque yo estaba ahí”	“como que ya lo veo como un humano que tiene defectos y ya”

Además de la respuesta fisiológica intensa manifestada en el pretest, como las palpitations al pensar en hablarle al OL, se observó un patrón de evitación en situaciones de cercanía. La participante expresó que *entre más lejos estaba él más me sentía que podía ser yo, cuando él estaba más cerca me costaba todo*, reflejando diferencias en su manera de desenvolverse en función de la presencia del OL. En contraste, para el postest se observó un cambio en la ansiedad y respuesta fisiológica, además del miedo, expresada mediante: *recuerdo que temblaba mucho, hasta hablar me daba nervios y pues, si bien ahora a lo mejor me puedo asustar un poquito de ahí ya no pasa*.

En la categoría de cristalización, la participante expresó una percepción altamente positiva del OL, centrada en atributos que le resultaban atractivos y compatibles. Asimismo, refirió no haber notado aspectos negativos en él, mencionando: *nomás lo veía de lejitos, entonces no tengo ninguna, nunca llegó a hacer algo que me molestara*. Estas verbalizaciones dan cuenta de una imagen idealizada construida a partir del desconocimiento parcial del OL, sumado a sus observaciones y suposiciones personales. En la entrevista de cierre, se identificó una diferencia en su discurso respecto a esa percepción inicial. Afirmó: *ya lo veo como un humano que tiene defectos y ya*. Esta declaración contrasta con la idealización previa y muestra una representación más matizada del OL.

En la categoría de rumiación limerente, durante la entrevista de admisión, la participante expresó un patrón de pensamiento persistente en torno al OL, caracterizado por la duda constante y el deseo de confirmar su reciprocidad afectiva. A esta tendencia se sumó la dificultad para concentrarse en otras actividades, como lo indicó al mencionar *el hecho de no poder poner atención a la clase, de que se llevara mucho de mi tiempo en pensar y sobreanalizar y en las noches es cuando generalmente lo pienso, pero pocas veces*. Estas verbalizaciones reflejan la interferencia cognitiva de la rumiación limerente en su funcionamiento cotidiano. En contraste, la entrevista de salida mostró en la participante una

diferencia tanto en el contenido como en el impacto subjetivo de estos pensamientos. Además de señalar que ya no otorgaba al OL la misma relevancia en su vida emocional y cognitiva, afirmó: *ya no trato de controlar los pensamientos o pensar que me preocupa mucho estar pensando, como que ya solté esas cosas y ya no están ahí, ya me siento como más libre*. Estas palabras describen una relación distinta con sus propios pensamientos, caracterizada por una menor preocupación y una vivencia de mayor libertad mental, reafirmado por su frase: *lo que yo trataba de hacer era lo que hacía que me sintiera peor, una vez cambiado eso disminuyeron los pensamientos sobre el OL*.

En la categoría de emociones relacionadas con el OL, la participante describió emociones asociadas a la ausencia del OL, refiriendo extrañarle. Esta expresión sugiere la presencia de sentimientos de añoranza dirigidos al OL, a pesar de la falta de interacción significativa. En la entrevista de salida, su discurso reflejó una diferencia sustancial en la experiencia emocional hacia el OL. Este cambio muestra una disminución tanto del afecto positivo como del dolor asociado a la no correspondencia, indicando una transformación en la intensidad emocional experimentada respecto al OL.

En cuanto a la culpa relacionada al OL, la participante manifestó sentimientos de culpa asociados a la percepción positiva que tenía del OL, en especial al reconocer que este tenía una relación de pareja. Esta sensación de malestar surgía a partir de la discrepancia entre sus pensamientos afectivos y la situación externa del OL. En la entrevista de posttest, su discurso evidenció un cambio en la forma de relacionarse con estos sentimientos. La participante señaló que había dejado de experimentar culpa y que, incluso en situaciones donde previamente se intensificaban sus emociones, como estar cerca del OL o verlo en redes sociales, ya no sentía la misma carga afectiva. Esta diferencia en el discurso refleja una variación en la intensidad emocional y en la autoevaluación moral que realizaba en torno a su experiencia limerente.

En la categoría de estrategias de afrontamiento, la participante describió estrategias personales para intentar regular sus pensamientos relacionados con el OL, como recordarse activamente que el OL tenía una relación de pareja. Además, señaló que en situaciones donde necesitaba concentrarse *platicaba con mi hermana para que le pusiera los pies en la tierra y luego ya trabajaba*, y que también recurría a una estrategia de comparación mental, afirmando: *trato de pensar en algún personaje ficticio o famoso y lo comparo con él y pensar que es mil veces mejor*. Estas acciones muestran intentos de modificación cognitiva y de distracción emocional.

En la entrevista de cierre, el discurso de la participante reflejó cambios tanto en la forma de gestionar los pensamientos como en el tipo de estrategias utilizadas. Además de señalar que ya no buscaba controlar sus pensamientos directamente, comentó: *cambié en identificar si las cosas que estoy rumiando me sirven o no, si voy a hacer algo al respecto o no, a hacer que lo que sea que yo rumie sí me sirva de algo*. Asimismo, refirió haber incorporado el uso de herramientas proporcionadas durante la intervención: *como el mapita que me diste donde venía lo de analizar el problema y qué se puede hacer, pero siento que ese mismo mapita me puede ayudar en cualquier problema que tenga*.

Respecto a la categoría de comportamientos orientados al OL, la participante describió conductas específicas dirigidas a mejorar su apariencia y forma de comportarse en presencia del OL. Además de los cambios en su arreglo personal mencionados en la Tabla 10, también señaló: “Me arreglaba más, para verme más femenina”. Estas verbalizaciones sugieren un esfuerzo consciente por proyectar una imagen determinada cuando el OL estaba presente. En la entrevista de salida, el discurso de la participante reflejó una diferencia en su actitud respecto a estas conductas. Afirmó que ya no prestaba la misma atención a quiénes se encontraban a su alrededor ni modificaba su comportamiento en función de la presencia del

OL. Mencionó que su enfoque actual estaba en sí misma y en sus propias actividades, sin darle importancia a si el OL o su círculo cercano estaban presentes.

Finalmente, en la categoría de interpretaciones acerca del comportamiento del OL, la participante relató interpretaciones sobre el comportamiento del OL que implicaban una fuerte atribución personal, como: *no siente nada, se puede decir que nada*. Mencionó, además, que percibía que sus propias acciones podían haber influido en la conducta del OL, como en el hecho de que él evitara ciertos lugares, como el edificio donde tomaban clases el semestre anterior. En la entrevista de posttest, su discurso reflejó un cambio en la manera de interpretar al OL y sus comportamientos. En lugar de asignar significados personales o emocionales a sus acciones, describió al OL de forma más neutral, reconociéndolo como una persona con virtudes y defectos, sin idealizarlo ni asumir una conexión directa entre sus propias conductas y las del OL.

Los resultados cuantitativos, en conjunto con el análisis temático de las entrevistas de admisión y de salida permitieron identificar cambios relevantes en las emociones, cogniciones y comportamientos de la participante en relación con su experiencia limerente de manera general. Las diferencias observadas en cada una de las categorías temáticas reflejan variaciones en la forma de percibir al OL, en la intensidad de la rumiación limerente, así como en las estrategias empleadas para afrontar la situación. Con el objetivo de valorar la estabilidad de estos cambios a lo largo del tiempo, se llevó a cabo una evaluación de seguimiento un mes después de finalizada la intervención, cuyos resultados se presentan a continuación.

Seguimiento a un mes

Los resultados más relevantes recabados un mes luego de finalizar la intervención correspondieron a cambios en los índices de cambio confiable de las variables bienestar subjetivo y rumiación deliberada, las cuales no habían mostrado significancia estadística

durante el pretest, la evaluación intermedia ni el posttest. Asimismo, se observó un incremento en el nivel de ansiedad, pasando de bajo en el posttest (11 puntos) a moderado en el seguimiento (22 puntos), pero manteniendo un índice de cambio confiable comparado con el pretest. Las demás variables conservaron niveles de cambio estadísticamente significativos, como se observa en la Tabla 11.

Tabla 11

Índices de cambio confiable (ICC) en los 4 momentos de evaluación

Instrumento	ICC pretest-intermedia	ICC pretest-posttest	ICC posttest- seguimiento	ICC pretest- seguimiento
ERR	20.78	11.87	7.42	19.30
R. Negativa	5.68	3.25	2.43	5.68
R. Reflexiva	5.89	3.37	1.68	5.05
ERRI-B	5.55	4.82	1.75	6.14
R. Intrusiva	3.87	3.22	0.64*	3.87
R. Deliberada	1.22*	1.22*	1.96	2.45
Escala de Limerencia	8.24	1.71	.051*	9.45
EBS-8	0.95*	0.32*	7.23	3.62
BAI	1.93	4.35	2.66	1.69
BDI-II	8.60	8.92	1.91	7.01

Nota. Un índice mayor de 1.65 indica que el cambio es significativo.

* Índice por debajo de 1.65.

Respecto a la evolución de los puntajes del posttest al seguimiento en los diferentes tipos de rumiación, la negativa disminuyó de 11 a 5 puntos, lo que representa un descenso de nivel moderado a bajo. De igual forma, la rumiación reflexiva se redujo de 12 a 8 puntos, también indicando un cambio hacia el nivel bajo. Por su parte, la rumiación intrusiva y la deliberada descendieron a 0 puntos, manteniéndose ambas en el rango bajo.

En cuanto a la limerencia total, se registró un ligero incremento de 41 a 43 puntos, que en ambos casos es un nivel bajo. A nivel de factores, la incapacidad para ser no-limerente, el dolor en el pecho, la rumiación limerente y la cristalización se mantuvieron en sus puntajes mínimos. En contraste, la incertidumbre aumentó de 9 a 17 puntos, cambiando del nivel bajo al moderado. La inquietud se redujo de 9 a 3 puntos, significando ambos

puntajes un nivel bajo. Los puntajes correspondientes a las 4 evaluaciones de la Escala de Limerencia se detallan en la Tabla 12.

Tabla 12

Puntajes pretest-seguimiento por factor de la Escala de Limerencia

Factor	Puntaje pretest	Puntaje intermedia	Puntaje posttest	Puntaje seguimiento
Incapacidad para ser no-limerente	20	4	4	4
Incertidumbre	23	16	9	17
Dolor en el pecho	22	4	4	4
Inquietud	21	14	9	3
Rumiación limerente	48	15	11	11
Cristalización	19	4	4	4
Total	153	57	41	43

En lo que respecta al bienestar subjetivo, se identificó un incremento de 3.75 a 6.25 puntos, pasando del nivel bajo al medio alto. La ansiedad, como se mencionó previamente, aumentó de 11 a 22 puntos, situándose del nivel bajo al moderado. Finalmente, la depresión también se incrementó de 4 a 10 puntos, aunque se mantuvo en el nivel de altibajos emocionales considerados normales. La evolución de estas variables a lo largo de las 4 evaluaciones se presenta en la Tabla 13.

Tabla 13

Puntajes de todas las pruebas aplicadas en todas las mediciones

Instrumento	Pretest	Intermedia	Posttest	Seguimiento
ERR	39	11	23	13
R. Negativa	19	5	11	5
R. Reflexiva	20	6	12	8
ERRI-B	28	5	8	0
R. Intrusiva	18	0	3	0
R. Deliberada	10	5	5	0
Escala de Limerencia	153	57	37	43
EBS-8	3.62	4	3.75	6.25
BAI	29	21	11	22
BDI-II	32	5	4	10

A manera de apoyo visual complementario, en las Figuras 11 y 12 se presenta la evolución de las mediciones de todas las variables de manera global. En la Figura 11 se exponen las dos mediciones de rumiación, correspondientes a las pruebas aplicadas para evaluar distintos tipos de rumiación junto con la limerencia. En la Figura 12 se ilustran los puntajes de depresión, ansiedad y calidad de vida. Estas gráficas permiten apreciar con mayor claridad los cambios a lo largo de las cuatro evaluaciones.

Figura 11

Evolución de las mediciones de los subtipos de rumiación y limerencia

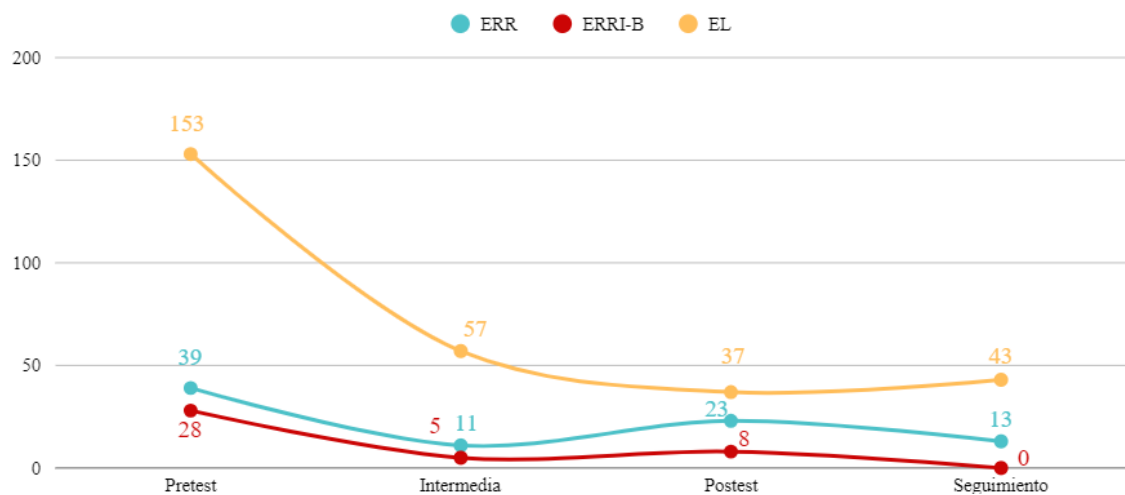
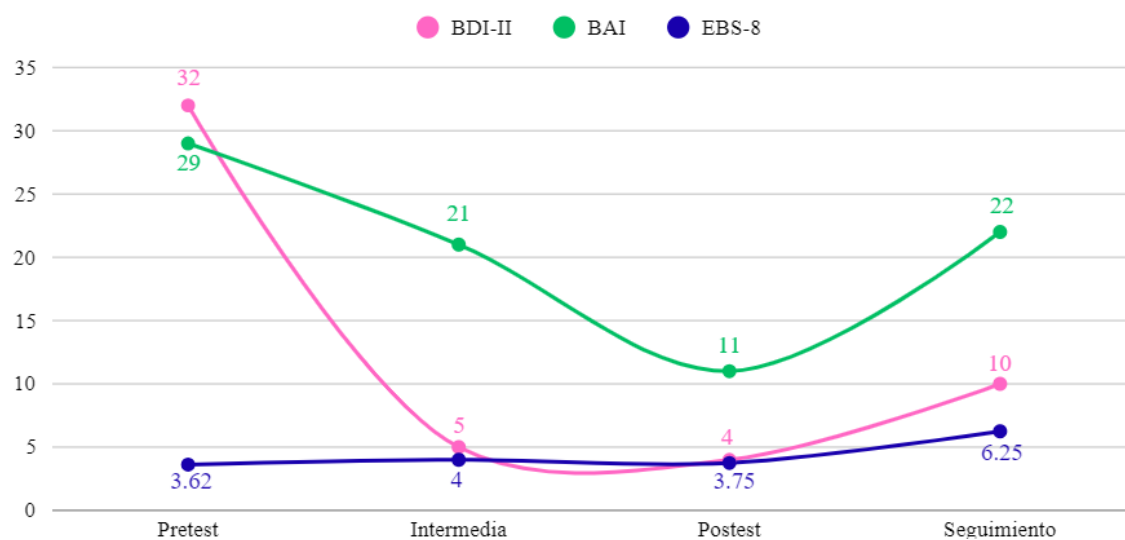


Figura 12

Evolución de las mediciones de depresión, ansiedad y bienestar subjetivo



En lo que atañe al formato SCA-1, los puntajes de las 8 creencias metacognitivas evaluadas permanecieron en 10 puntos, que es el puntaje mínimo. Del mismo modo, los puntajes de los componentes adicionales del Síndrome Cognitivo Atencional mantuvieron puntajes de 0, al igual que el uso de las 6 estrategias metacognitivas inadecuadas de afrontamiento. La evolución metacognitiva de la participante puede consultarse en las Figuras 13 a 18, donde la fecha encerrada en un óvalo indica la evaluación intermedia.

Figura 13

Evolución de la rumiación y la preocupación pretest-seguimiento

¿Durante cuánto tiempo, a lo largo de la última semana, se ha descubierto cavilando o preocupándose por cuestiones relacionadas con la persona que le gusta?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

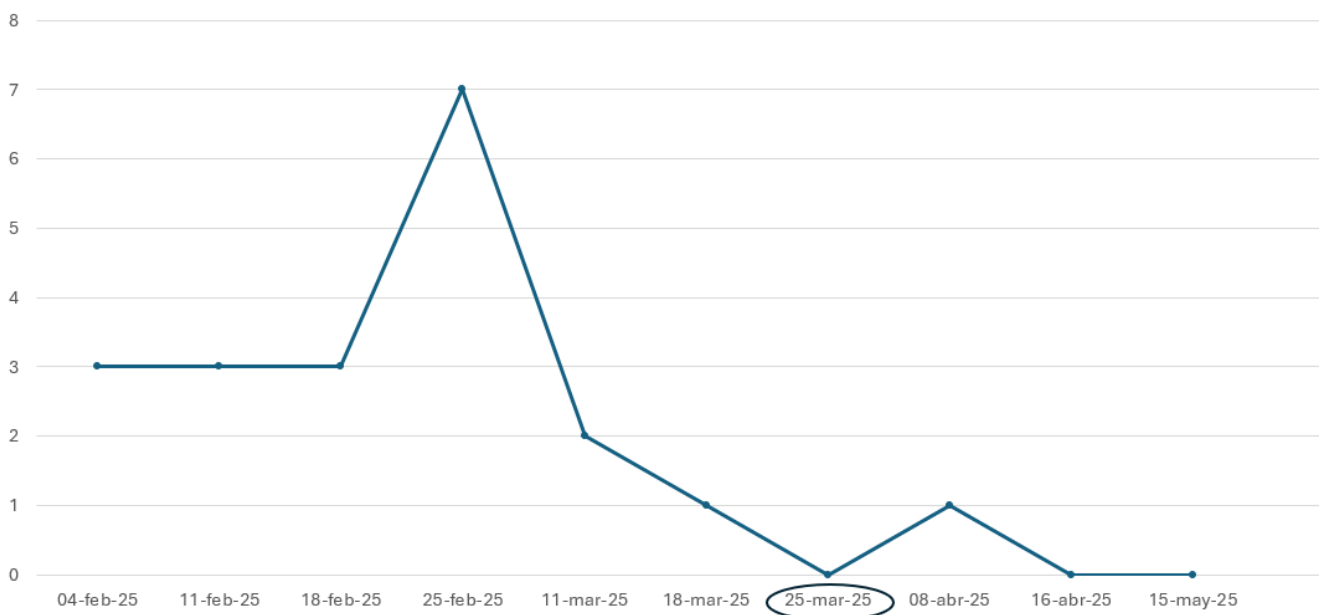


Figura 14

Evolución de la atención a la amenaza pretest-seguimiento

¿Cuánto tiempo, durante la última semana, ha centrado su atención en cosas que le parecen amenazadoras para que la persona que le gusta corresponda sus sentimientos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

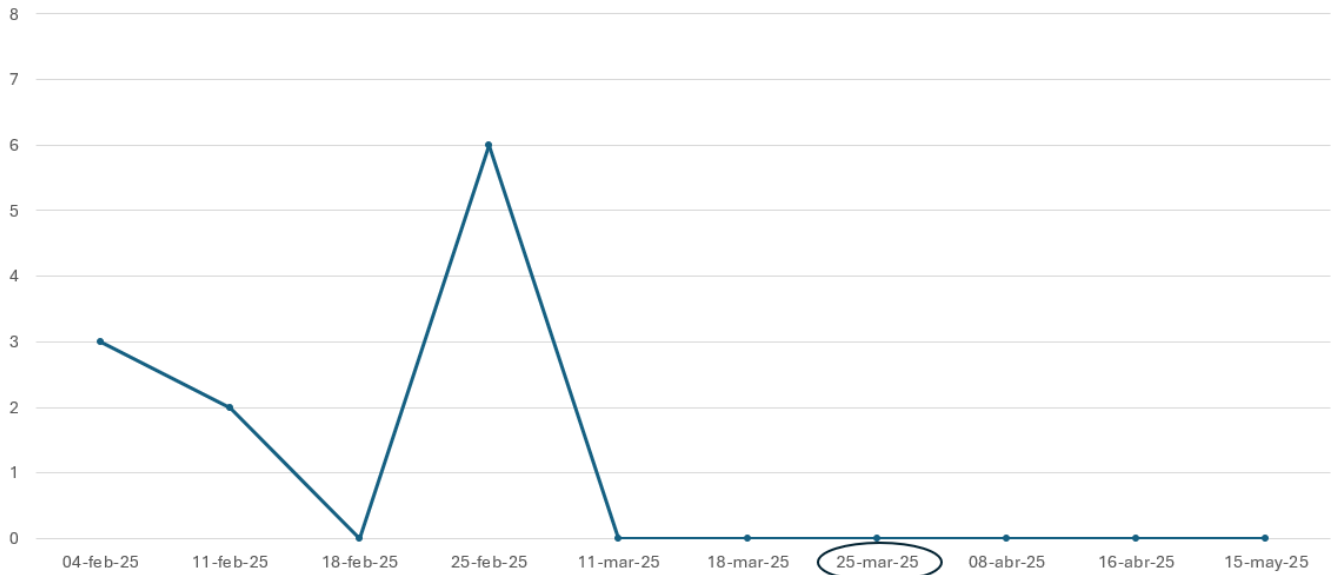


Figura 15

Evolución de 3 estrategias de afrontamiento pretest-seguimiento

¿Con qué frecuencia, durante la última semana, ha hecho una de estas cosas para afrontar sus sentimientos o pensamientos respecto a la persona que le gusta?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

— He evitado determinadas situaciones — He pedido a otra persona que me tranquilice — He tratado de no pensar en algunas cosas

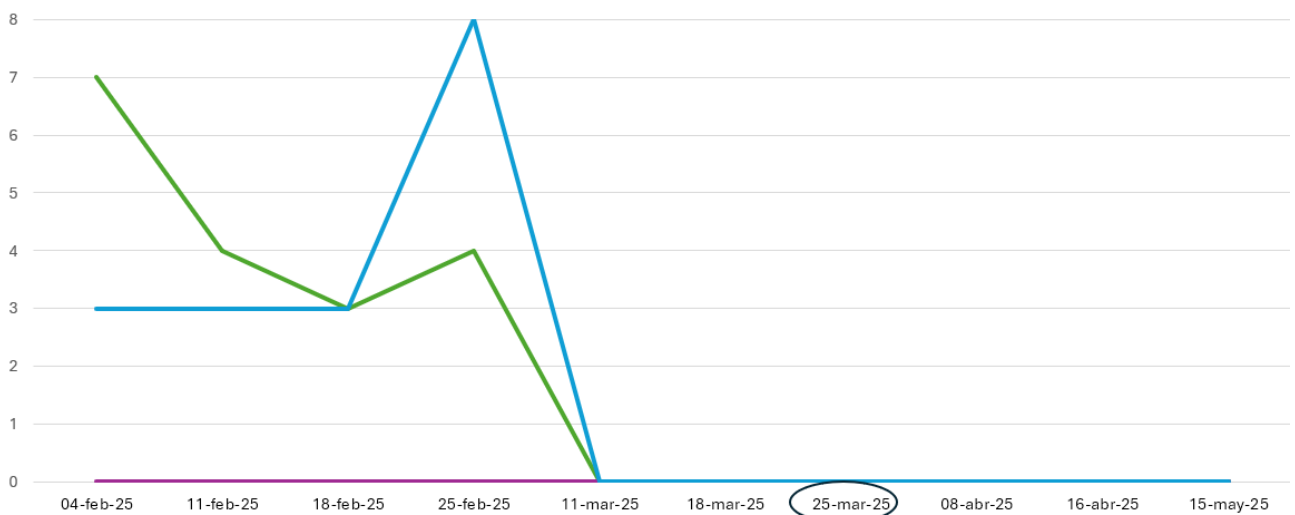


Figura 16

Evolución de otras 3 estrategias de afrontamiento pretest-seguimiento

¿Con qué frecuencia, durante la última semana, ha hecho una de estas cosas para afrontar sus sentimientos o pensamientos respecto a la persona que le gusta?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

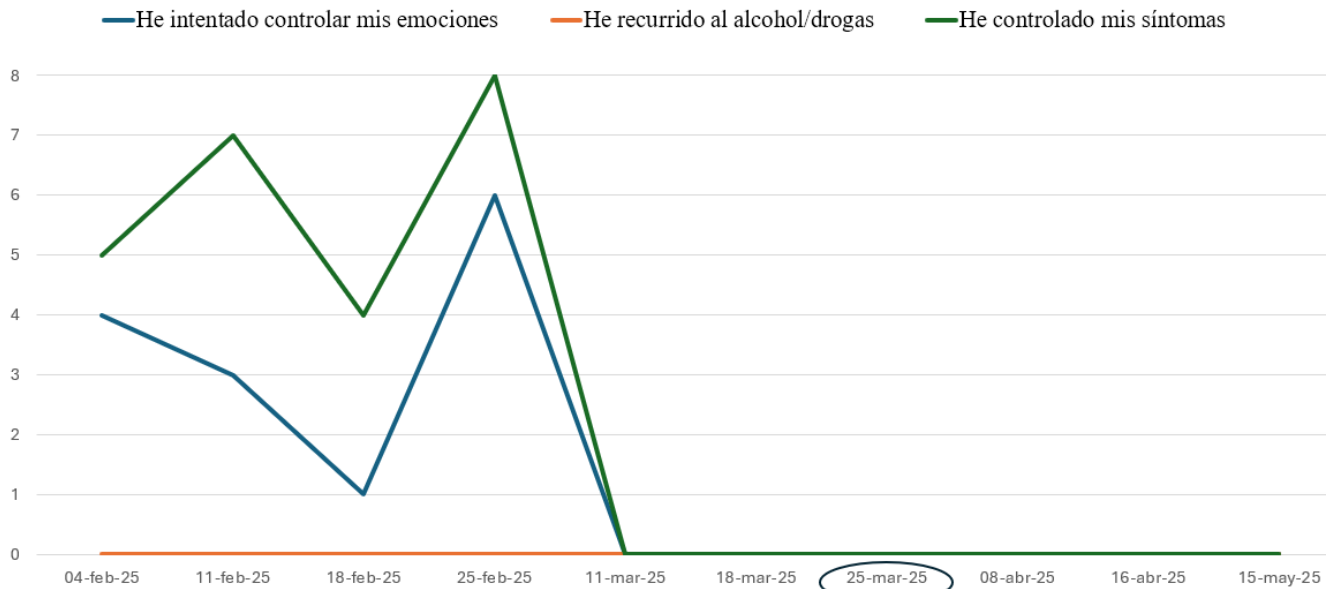
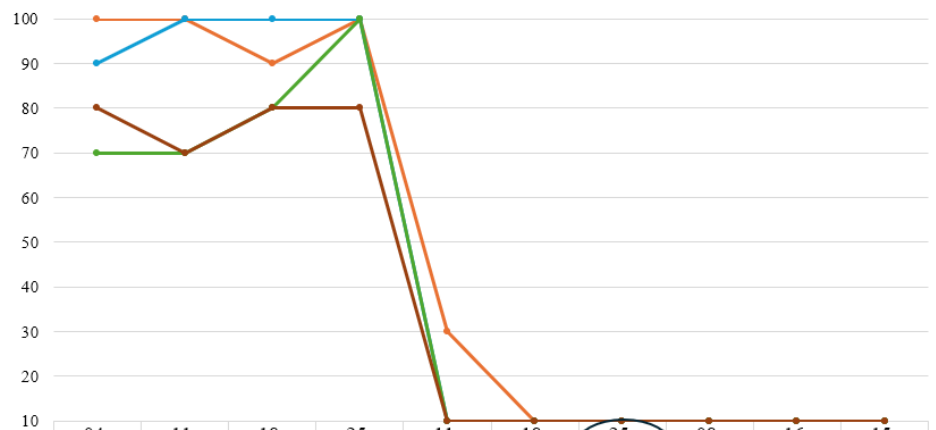


Figura 17

Evolución de 4 creencias metacognitivas pretest-seguimiento

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No puedo creerlo en absoluto					Estoy completamente convencido de que es verdad				

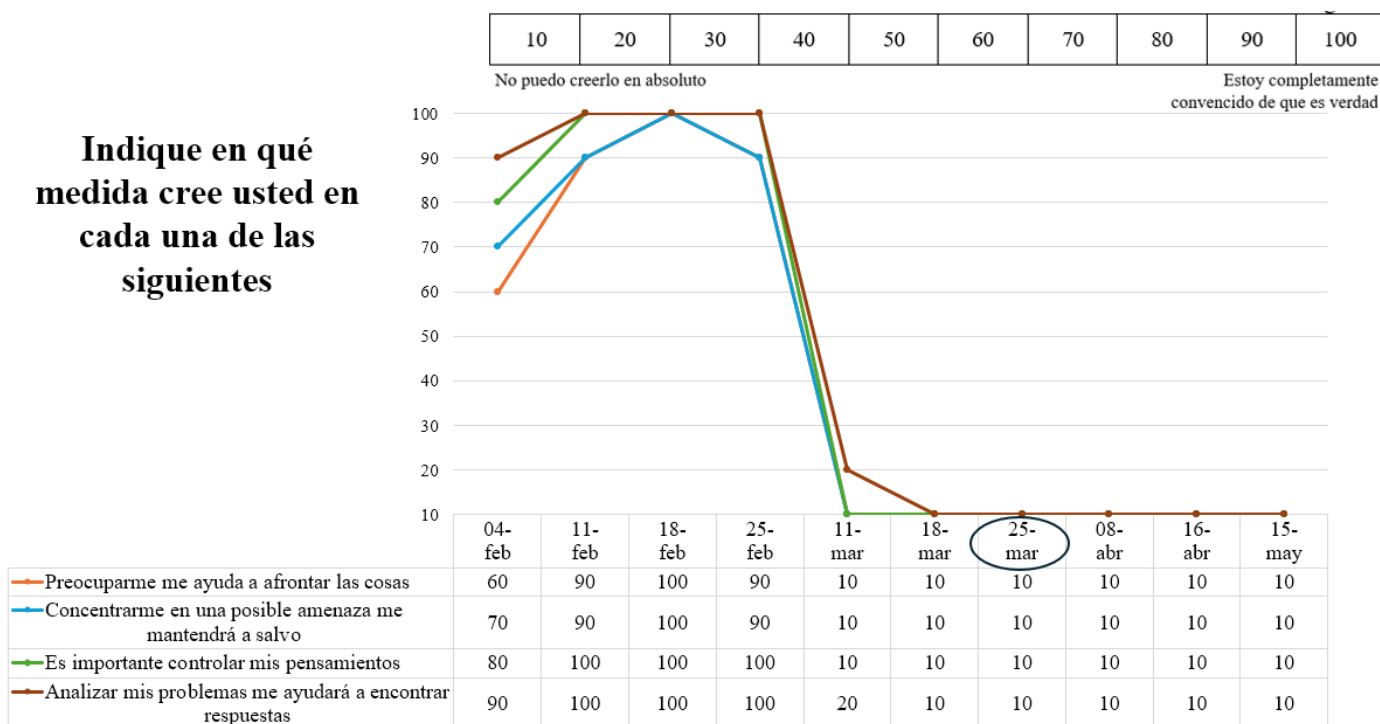
Indique en qué medida cree usted en cada una de las siguientes



	04-feb	11-feb	18-feb	25-feb	11-mar	18-mar	25-mar	08-abr	16-abr	15-may
El exceso de preocupación podría perjudicarme	100	100	90	100	30	10	10	10	10	10
Las emociones poderosas son peligrosas	90	100	100	100	10	10	10	10	10	10
No puedo controlar mis pensamientos	70	70	80	100	10	10	10	10	10	10
Algunos pensamientos podrían hacerme perder la razón	80	70	80	80	10	10	10	10	10	10

Figura 18

Evolución de otras 4 creencias metacognitivas pretest-seguimiento



En el análisis temático de la entrevista de seguimiento se identificaron cambios relevantes en la emergencia de categorías respecto a las entrevistas previas. Permanecieron las temáticas de: 1) ansiedad y miedo asociados al OL, 2) rumiación limerente, 3) emociones relacionadas con el OL y 4) estrategias de afrontamiento. Asimismo, emergieron dos nuevas categorías: 5) mejora percibida y 6) cambios detectados en sí misma. En cambio, las categorías de cristalización, culpa relacionada al OL, comportamientos orientados al OL e interpretaciones acerca del comportamiento del OL no se hicieron presentes en el discurso de la participante durante el seguimiento. Estas categorías se presentan en fragmentos representativos en la Tabla 14.

Tabla 14*Fragmentos representativos por categoría temática en la entrevista de seguimiento*

Categoría	Seguimiento
Ansiedad y miedo asociados al OL	“cuando me topo a alguien similar a él o así creo que ya no me da miedo”
Rumiación limerente	“desde que acabó la terapia ya no he vuelto a pensar en él”
Emociones relacionadas con el OL	“la verdad ya no siento nada, o sea, ya no me llama la atención ni nada”
Estrategias de afrontamiento	“lo que yo creo que más me ayudó fue la de la nube y decirle <i>pásele</i> a mis pensamientos”
Cambios percibidos en sí misma	“me siento más segura de mí”
Mejoras percibidas	“creo que ya mejoré mucho porque ya no he estado pensando nada de eso, creo que ya he estado muy con lo mío, me he concentrado en mis cosas”

En el seguimiento, la categoría de ansiedad y miedo asociados al OL surgió con un contenido cualitativamente distinto al registrado en las entrevistas anteriores. En lugar de manifestar síntomas intensos ante la posibilidad de encontrarse con el OL o estar cerca de él, la participante señaló una disminución de esas reacciones. Además, en otro momento de la entrevista, la participante mencionó: *me daba mucho miedo, tipo hablarle o acercarme a alguien que me llamara la atención*, haciendo referencia a los síntomas que experimentaba no solo frente al OL, sino al verse atraída por alguna persona. Esta afirmación complementa la anterior al aludir a un temor más generalizado relacionado con el establecimiento de vínculos afectivos, lo cual contrasta con lo reportado en las entrevistas anteriores.

En lo referente a la rumiación limerente, la participante reafirmó la ausencia de pensamientos persistentes asociados al OL, lo que contrasta con las verbalizaciones previas donde la rumiación limerente era una constante significativa. En la cita registrada en la tabla,

señaló explícitamente que desde la finalización de la terapia no ha vuelto a pensar en el OL, lo que da cuenta de un cambio sostenido a lo largo del mes luego de la evaluación postest. De forma complementaria, expresó: *ya no me la paso pensando ni nada, ya es asunto olvidado, ya no me preocupa, ya no lo pienso, ya nada*, enfatizando el cese de la rumiación, así como la desvinculación emocional y cognitiva respecto al OL.

En la categoría de emociones relacionadas al OL, la participante expresó un cambio en su experiencia emocional hacia el OL. En la misma entrevista, además de lo expuesto en la Tabla 14, señaló también que *ya siento que ya me da igual*, apuntando a una posición emocional distante en comparación con entrevistas anteriores. Ambas declaraciones describen una modificación en su estado emocional respecto al OL.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la participante mencionó haber incorporado los recursos aprendidos durante la intervención en distintos contextos de su vida diaria. Destacó, por ejemplo: *en cualquier situación cuando algo me hace sentir mal o así las uso, más que nada la de la nube*, haciendo alusión al uso del *mindfulness* desapegado como herramienta de gestión emocional. También refirió la aplicación del entrenamiento atencional al indicar que lo utiliza *más en la escuela porque como tengo que prestar atención a la maestra*, lo que sugiere que utiliza las técnicas aprendidas para mantener el foco atencional en actividades académicas, particularmente aquellas que requieren concentración sostenida.

En la categoría de cambios detectados en sí misma, la participante expresó verbalizaciones orientadas a describir transformaciones personales que no habían sido mencionadas en las entrevistas anteriores. En la Tabla 14 se recoge una afirmación sobre sentirse más segura, y de forma complementaria, expresó: *a pesar de que a veces llegaba a pensar en cosas que me bajoneaban de todos modos considero que estoy más estable*, aludiendo a una percepción de mayor estabilidad emocional. Esta nueva dirección en su discurso marca una diferencia respecto a los relatos anteriores, en los que no se habían

registrado afirmaciones que aludieran directamente a su autopercepción o al reconocimiento de transformaciones personales.

Por último, en la categoría de mejoras percibidas, la participante refirió un estado distinto al que había descrito en las entrevistas previas, enfatizando una mayor concentración en sus propios asuntos. En la Tabla 14 se presenta una afirmación que alude a esa percepción general de mejoría. Complementariamente, manifestó: *ya estoy como que, en mis cosas, o mis problemas como de la escuela o así, entonces no me ha pasado una situación como para estar piense y piense en algo*, lo que indica una disposición más enfocada en su vida cotidiana y en actividades propias, como las escolares, sin la interferencia de rumiación limerente. Esta expresión se diferencia de las entrevistas anteriores, donde el discurso se encontraba más centrado en el malestar relacionado con el OL y los síntomas que esto generaba.

De manera adicional, al preguntarle a la participante cómo se sentía respecto a los demás síntomas limerentes que había presentado anteriormente, la participante no volvió a mencionar cuestiones como la culpa relacionada al OL, la cristalización, los comportamientos y las interpretaciones orientadas hacia el OL. Estas categorías, presentes en las entrevistas previas, no emergieron durante el seguimiento, lo que señala un cambio en el foco de su relato. Esta ausencia se resume en su respuesta: *yo siento que también ahí ya he estado mejorando mucho*, que alude a una percepción de mejoría en aquellos aspectos que ya no fueron referidos de forma específica.

En conjunto, los hallazgos del seguimiento cualitativo reflejan una transformación significativa en el discurso de la participante respecto a las entrevistas anteriores. Mientras que algunas categorías temáticas se mantuvieron, aunque con contenidos distintos, otras desaparecieron por completo, y surgieron nuevas formas de describir su experiencia, centradas en sí misma y en su percepción de mejora. Este panorama permite observar, desde

una perspectiva narrativa, un cambio en el modo en que la participante organiza, expresa y prioriza su vivencia emocional un mes después de la intervención.

En conjunto, los resultados cuantitativos y cualitativos evidencian una estabilidad en los cambios obtenidos desde la evaluación pretest hasta el seguimiento a un mes. Se observaron mejoras sostenidas en todas las variables, principalmente en la rumiación limerente, que constituye la variable principal de esta investigación. Además, se manifestaron cambios en el bienestar subjetivo y la rumiación deliberada, que hasta el postest no habían presentado modificaciones significativas. Estos hallazgos reflejan que la intervención tuvo un efecto perdurable sobre la rumiación limerente y los otros procesos evaluados, lo que permite avanzar hacia el análisis e interpretación de los resultados en relación con los objetivos y el marco teórico, así como las implicaciones teóricas y clínicas de los resultados obtenidos.

Discusión y conclusiones

La rumiación limerente, entendida como la recurrencia persistente de pensamientos sobre el OL, constituye un factor metacognitivo central en el mantenimiento de la limerencia, afectando significativamente el bienestar psicológico (Watkins & Roberts, 2020). Ante la falta de intervenciones específicas para abordar este fenómeno (Wyant, 2021), se diseñó y adaptó un protocolo basado en los principios de la terapia metacognitiva (Borders, 2020; Wells, 2019), con el objetivo de intervenir la rumiación limerente. Los resultados de la intervención sugieren que el tratamiento metacognitivo fue efectivo para trabajar y reducir la rumiación limerente, considerando la falta de intervenciones documentadas en este ámbito. Se cumplieron tanto la hipótesis inicial, que planteaba que el tratamiento disminuiría la rumiación limerente, como la hipótesis alternativa 2, que anticipaba la reducción de otros síntomas asociados a la limerencia. En este sentido, se puede afirmar que se alcanzaron todos los objetivos planteados en el estudio y en la intervención: se logró adaptar y determinar la eficacia del tratamiento metacognitivo para intervenir la rumiación limerente. Asimismo, se redujo la rumiación disfuncional y se logró promover el desarrollo de una rumiación funcional, tanto en el ámbito limerente como en otras áreas, fomentando una rumiación orientada a la toma de acción.

Para evaluar estos cambios, se compararon los niveles de rumiación antes, durante, después y un mes posterior al tratamiento, utilizando el formato SCA-1, el cual resultó de gran utilidad para identificar creencias metacognitivas que fomentaban la rumiación limerente. La modificación de estas creencias fue posible no solo mediante la reestructuración y exposición metacognitivas, sino también a través del componente psicoeducativo de la intervención, donde se explicaron los mecanismos de mantenimiento de la rumiación. A partir de la sesión de psicoeducación, comenzaron a notarse cambios significativos en los aspectos metacognitivos mantenedores de la rumiación limerente,

logrando una mejora en la metacognición, con menor necesidad de control cognitivo y una postura más desapegada respecto a los pensamientos.

Y es que, no solo se redujo el componente rumiativo de esta condición, sino que también mejoraron otros aspectos, como la inquietud, la incertidumbre, la cristalización del OL y la incapacidad para ser no-limerente. La habilidad de interrumpir y disminuir la rumiación limerente disfuncional se logró mediante el *mindfulness* desapegado. Mientras, el entrenamiento atencional fungió para comprobar a la participante que sí era capaz de colocar o retirar su atención a lo que ella deseara, siendo esta técnica un apoyo para la reestructuración metacognitiva de la creencia de *no puedo controlar mis pensamientos*. La autoatención de la participante logró pasar del ensimismamiento a un punto neutral, donde prestaba atención tanto a sí misma como a su ambiente inmediato. Igualmente, la participante mostró el uso de las herramientas adquiridas en sesión. Por ejemplo, con el papel de la rumia en la solución de problemas, al expresar que en lugar de solo rumiar sobre lo que haría en las vacaciones intersemestrales se pondría a investigar (toma de acción) sobre las alternativas que no conocía a profundidad, como la beca de trabajo y la venta de comida; resultando en una toma de decisión llegada la entrevista de seguimiento.

Estos cambios no solo se evidenciaron en las evaluaciones cuantitativas, sino también en el discurso de la participante durante las entrevistas de admisión, cierre y seguimiento. Inicialmente, la participante describía emociones de culpa e inestabilidad asociadas al OL, así como pensamientos recurrentes sobre su valor personal frente a la relación imaginada. Posteriormente, sus relatos mostraron una disminución de la ansiedad, la recuperación de su agencia emocional y una percepción más realista del OL, al reconocerlo como una persona con defectos y sin atribuirle cualidades imaginadas o idealizadas, para finalmente pasar a concentrarse en sus propios asuntos. Asimismo, se observaron modificaciones en las estrategias metacognitivas de afrontamiento, pasando de intentos de distracción inefectivos al

uso intencional de herramientas de resolución de problemas y de relación neutral con sus pensamientos.

A pesar de los avances logrados, la participante se dio cuenta a lo largo de la intervención de otras cuestiones que quisiera trabajar en terapia, como su autoestima, asertividad y regulación emocional. Adicionalmente, la participante, al haber vivido violencia intrafamiliar durante su crianza, identificó una ideación suicida desde temprana edad durante la recabación de la historia clínica. Esta cuestión se abordó en el proceso terapéutico por seguridad y ética profesional. En la evaluación posttest, la participante mostró un cese total de la ideación suicida que se mantuvo en la evaluación de seguimiento.

Además de los resultados ya mencionados, la intervención redujo los niveles de ansiedad y depresión en el posttest, respaldando la idea de que la rumiación es, en efecto, una variable transdiagnóstica (Watkins, 2016). Es de destacar que, en cuanto al incremento de la ansiedad, la participante refirió encontrarse a finales del periodo académico, sumado a cuestiones personales que no tenían que ver con la rumiación limerente, explicando así el nivel moderado de ansiedad arrojado en el seguimiento. Asimismo, pudo comprobarse lo planteado en el apartado de rumiación limerente del presente trabajo, donde se mencionó que la rumiación es el corazón de la limerencia (Reynolds, 1983). Varios supuestos señalados en el marco teórico se vieron confirmados a partir de la presente intervención. La conceptualización de la rumiación como hábito mental de la participante embonó con lo dicho en la Teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), pues la participante, al haber vivido experiencias de maltrato en la infancia, desarrolló una predisposición a la rumiación depresiva, acompañada de la socavación de su autoconfianza y una limitación en sus habilidades para enfrentar desafíos, conformando una actitud pasiva y tendencias a la depresión, tal como proponen Nolen-Hoeksema y Watkins (2011).

Asimismo, se constató la presencia completa del Síndrome Cognitivo Atencional, correspondiente al modelo metacognitivo de la rumiación (Papageorgiou & Wells, 2003). Dado que la participante presentó, además de la rumiación, los demás componentes del SCA, como la preocupación, monitoreo de amenazas, atención fija, conductas de afrontamiento negativas y excesiva autofocalización, características que, en conjunto, interferían con su capacidad para tomar acción y resolver problemas (Garay & Keegan, 2016; Hernández, 2015; Wells, 2009). Lo anterior sugiere que la rumiación era utilizada de manera desadaptativa para alcanzar una meta emocional considerada inalcanzable (Papageorgiou & Wells, 2003). Esto es congruente con la Teoría del Desarrollo de Metas, que también conlleva una concepción metacognitiva de la rumiación, entendida como existente para combatir la discrepancia entre la realidad ideal y la concreta (Martin & Tesser, 1996). Así, el modelo metacognitivo de la rumiación limerente, fue el idóneo para entender y explicar este constructo.

Estos hallazgos apoyan la pertinencia de entender la limerencia no solo como un fenómeno aparentemente emocional, sino como predominantemente cognitivo, caracterizado por un patrón obsesivo que puede ser erróneamente interpretado como enamoramiento (Reynolds, 1983; Tennoy, 1979; Wakin & Vo, 2008). Tal interpretación resulta consistente con el modo en que la rumiación y las creencias metacognitivas contribuyen a la persistencia del fenómeno. El hecho de que la disminución de la rumiación limerente se acompañara de la reducción de síntomas afectivos, refuerza esta conceptualización y respalda la hipótesis de que intervenir procesos metacognitivos es clave para modificar el fenómeno limerente.

Respecto al estado del arte, lo expresado por la participante durante el proceso terapéutico tuvo concordancia con la trayectoria limerente presentada por Willmott y Bentley (2015). La participante se encontraba en el proceso de búsqueda de autenticidad, habiendo atravesado por las etapas de ansiedad y depresión, rumiación, desintegración del yo y

reintegración de experiencias pasadas. Cabe recordar que tales etapas no son lineales y excluyentes, sino bidireccionales y fluctuantes.

Igualmente, los hallazgos fueron coherentes con los trabajos recientes de intervención metacognitiva para la rumiación, como los estudios de Solgi y Hosseini (2022) y Mirzaian (2023), así como con la revisión sistemática de McCarrick y colaboradores (2021) sobre la eficacia del *mindfulness* y del desapego psicológico para la reducción de la rumiación. Cabe destacar que el protocolo de Solgi y Hosseini (2022) también utilizó como base el manual de terapia metacognitiva de Wells (2013) en el contexto de la ansiedad social, lo que refuerza la idea de que la rumiación y sus ramificaciones resultantes (como la ansiedad social) pueden abordarse de manera efectiva trabajando sobre los procesos metacognitivos. Estos resultados sugieren que el abordaje metacognitivo, tradicionalmente utilizado en trastornos de ansiedad y depresión, también podría ser una vía prometedora para intervenir patrones obsesivos como los observados en la limerencia, ampliando así su campo de aplicación clínica.

Por todo lo anterior, se confirma que el tratamiento metacognitivo es eficaz para intervenir la rumiación limerente. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar los procesos rumiativos como un objetivo prioritario en el abordaje terapéutico de este fenómeno, más allá de sus manifestaciones emocionales inmediatas. Esto último implicaría realizar más intervenciones, ya que el presente, al ser un estudio de caso, no puede ser generalizado. Además, el seguimiento se realizó en un periodo corto de tiempo (un mes posterior a la intervención), por lo que sería necesario realizar evaluaciones de seguimiento a largo plazo para confirmar la estabilidad de los cambios obtenidos.

Sumado a esto, fue necesario alargar a 2 horas casi todas las sesiones debido a múltiples factores, como el abordaje de la ideación suicida, la elaboración del plan de seguridad, la necesidad de la participante de explicaciones más detalladas de lo visto en cada sesión y la propia inexperiencia en el modelo metacognitivo de la psicóloga investigadora,

desfasando el programa previsto. Esto, que se detalla en la Tabla 15, constituye un sesgo de la intervención, ya que el cansancio de la participante podría haber interferido en el procesamiento de la información propia de la intervención metacognitiva. Sin embargo, se enfatiza el cambio notorio en los puntajes del formato SCA-1 presentados en el apartado de seguimiento a un mes, destacándose los resultados favorables a pesar de los sesgos y limitantes de la intervención.

Tabla 15

Comparación de tiempos planificados de la intervención vs los aplicados

Fecha prevista	Planificación	No. de sesión	Aplicación	Fecha de aplicación
04 feb	Entrevista de admisión + pretest	1	Entrevista de admisión + pretest	03 feb
11 feb	Admisión + Consentimiento informado + plan de tratamiento + recabación historia clínica	2	Entrega de resultados pretest + Consentimiento informado + Recabación historia clínica	04 feb
18 feb	Psicoeducación	3	Recabación historia clínica	11 feb
25 feb	Reestructuración metacognitiva	4	Recabación historia clínica + Plan de tratamiento + psicoeducación	18 feb
04 mar	<i>Mindfulness</i> desapegado	5	Psicoeducación	25 feb 4 mar
11 mar	Entrenamiento atencional + evaluación intermedia	6	Reestructuración metacognitiva + <i>mindfulness</i> desapegado	(reagendada por clima) 11 mar
18 mar	Seguimiento de entrenamiento atencional	7	<i>Mindfulness</i> desapegado	18 mar
25 mar	Papel de la rumia en la solución de problemas	8	Entrenamiento atencional + evaluación intermedia	25 mar
01 abr	Postest	9	Seguimiento al entrenamiento atencional + papel de la rumia en la solución de problemas	1 abr (reagendada px) 8 abr 15 abr
01 may	Evaluación de seguimiento a un mes	10	Postest	(reagendada psic.) 16 abr
-	-	11	Evaluación de seguimiento a un mes	15 may

En cuanto a la inexistencia de un pilotaje —o a la posibilidad de considerar el presente trabajo como tal—, las dificultades para reunir la muestra, derivadas tanto del desconocimiento general del constructo como de la presencia de comorbilidades incluidas en los criterios de exclusión, limitaron la captación de participantes aptos para la intervención. A ello, se sumó el carácter vergonzoso del constructo, que actuó como barrera adicional, lo que llevó a optar por un diseño de caso único en lugar de un diseño de casos múltiples o un trabajo grupal. Para investigaciones futuras, se sugiere incorporar un componente psicoeducativo más amplio en el material utilizado para la captación de participantes, de manera que se informe sobre el constructo y, al mismo tiempo, se reduzca la sensación de vergüenza asociada.

Igualmente, se propone continuar desarrollando intervenciones metacognitivas para todos los componentes de la limerencia más allá de la rumiación, y tomando como base el Síndrome Cognitivo Atencional. En consonancia con la teoría metacognitiva, el presente estudio logró adaptar el modelo metacognitivo para reducir la rumiación limerente; sin embargo, los hallazgos sugieren que un estilo metacognitivo disfuncional podría no solo originar la rumiación limerente, sino la limerencia en su totalidad. Por tanto, se sugiere continuar adaptando y aplicando intervenciones bajo el modelo metacognitivo para abordar de manera más amplia el fenómeno limerente.

Referencias

- Achenbach, T. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. *University of Vermont, Research Center for Children Youth, & families*, 7(9).
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1855203](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1855203)
- Achenbach, T., Ivanova, M., Rescorla, L., Turner, L., & Althoff, R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656.
- Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Sadeghi Bahmani, D., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 257, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.030>
- Alcázar-Olán, R., Merckel-Niehus, N., Toscano-Barranco, D., Barrera-Muñoz, O., & Proal-Sánchez, M. (2018). Adherencia al tratamiento y efectividad de un programa cognitivo conductual sobre la rumiación y expresión de la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 13-23.
- Alzugaray, C., García, F., Reyes, A. & Álvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de rumiación relacionada a un evento en población chilena

- afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu*, 13(2), 183-198.
- <http://scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a04.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., revisión de texto). American Psychiatric Association Publishing.
- Averill, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. Springer-Verlag.
- Averill, J. R. (1985). The social construction of emotion: With special reference to love. En K. J. Gergen & K. E. Davis (Eds.), *The social construction of the person* (pp. 89–109). Springer-Verlag.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979/1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brower.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2014). *TOC: Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Alianza Editorial.
- Bitez, R. (2023). *Young adult cyber violence: an investigation of the associations with vulnerable experiences, attachment patterns, problematic internet use, limerence, and*

- internalizing symptoms* [Tesis de doctorado, The University of British Columbia].
<https://open.library.ubc.ca/media/stream/pdf/24/1.0434196/3>
- Bolaños-López, M. & Hurtado-Ordoñez, L. (2024). Autolesiones en jóvenes universitarios sobrevivientes del suicidio. *Revista Estudios Psicológicos*, 4(3), 28-45.
<https://doi.org/10.35622/j.rep.2024.03.002>
- Bolzenkötter, T., Bürkner, P., Zetsche, U., & Schulze, L. (2024). Assessing the Immediate Effects of Detached Mindfulness on Repetitive Negative Thinking and Affect in Daily Life: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 15, 1136-1148.
- Borders, A. (2020). *Rumination and related constructs: causes, consequences, and treatment of thinking too much*. Academic Press.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.
- Borrello, L., Antonelli, P., Salvatori, G., & Dèttore, D. (2023). The Relationship Between Love Addiction and Sex Addiction and the Influence of Social Support: An Exploratory Empirical Research. *Sexual Health & Compulsivity*,
<https://doi.org/10.1080/26929953.2023.2185715>
- Bradbury, P., Short, E., & Bleakley, P. (2024). Limerence, hidden obsession, fixation, and rumination: A scoping review of human behaviour. *Journal of Police and Criminal Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s11896-024-09674-x>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bingle, R., Winnick, T., & Rydell, R. (2013). The prevalence and nature of unrequited love. *Sage Journals*, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244013492160>

- Butler, L. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in response to depressed mood in a college sample. *Sex Roles, 30*(5-6), 331-346.
<https://doi.org/10.1007/BF01420597>
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521-527.
- Calleja, N., & Mason, T. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 55*(2), 185-201. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art14.pdf>
- Callesen, P., Backhausen, A., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in recurrent depression: A case replication series in Denmark. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 60-64.
- Camacho, J. (2018). El amor en las relaciones de pareja en Pérez, R., & Rinaldi, F. (Eds.), *Enriquecimiento sexual para parejas* (pp. 1-19). Akadia Editorial.
- Campbell, S. (1990). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. Guilford Press.
- Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*(3), 467-488.
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., Triplett, K., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*(2), 137-156. Doi: 10.1080/10615806.2010.529901
- Carswell, K., & Impett, E. (2021). What fuels passion? An integrative review of competing theories of romantic passion. *Social and Personality Psychology Compass, 15*(8).
<https://doi.org/10.1111/spc3.12629>

- Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M. M., & Wells, A. (2016). Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder. *Psychiatry Research, 244*, 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.029>
- Clark, D. y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). Paidós.
- Colin-Corral, S., Veytia, M., Guadarrama, R., & Monroy, I. (2024). El efecto de las respuestas rumiativas en síntomas de depresión en estudiantes universitarios al término del confinamiento por COVID-19. *PSICUMEX 14*, 1-17.
- Collard, J., & O'Kelly, M. (2011). Rational emotive behaviour therapy: A positive perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 29*(4), 248–256. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0146-0>
- Copati, A. (2018). Efectos de la rumiación sobre la habilidad para resolver problemas en la depresión: una revisión de estudios de resultados. En *Memorias del X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (p. 46). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 24*(2), 175-183.
- Cowan, C., & Kinder, M. (1985). *Smart women/Foolish choices*. Signet.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 22*(1), 9-15.
- De Jesús, M., Rojas, J., Mejía, M., Disla, V., Nova, S., & González, E. (2021). Delirio de Cotard: Presentación de caso y revisión de literatura. *Ciencia y Salud, 5*(1), 123-128. <https://doi.org/10.22206/cysa.2021.v5i1.pp123-128>

- Earp, B., et al. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(1), 77-92.
<https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0011>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://www.jstor.org/stable/258557?seq=1>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Epkins, C. C., Gardner, C., & Scanlon, N. (2013). Rumination and anxiety sensitivity in preadolescent girls: independent, combined, and specific associations with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 540-551. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9360-7>
- Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>
- Fisher, H. (2004). *Why we love? The nature and chemistry of romantic love*. St. Martin's Griffin
- Flaherty, A., Katz, D., Chosak, A., et al. (2022). Treatment of overthinking: a multidisciplinary approach to rumination and obsession spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.21ct14543>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Garay, C., & Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 125-134.
- García, F., Vega, N., Briones, F., & Bulnes, Y. (2018). Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido situaciones altamente

- estresantes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 443-457.
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4983>
- García, R., Valencia, A., Hernández-Martínez, A., & Rocha, T. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: Repensando el impacto del género. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(3), 406-416.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. Basic Books.
- Gkika, S., & Wells, A. (2015). How to deal with negative thoughts? A preliminary comparison of detached mindfulness and thought evaluation in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 23–30. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9637-5>
- Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love addiction, adult attachment patterns and self-esteem: testing for mediation using path analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 13, 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>
- Gottman, J. & Gottman, J. (2017). The Natural Principles of Love. *Journal of Family Theory & Review* 9(1), 7-26.
- Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1993). *Love, sex, and intimacy: Their psychology, biology, and history*. HarperCollins.
- Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1996). *Love and sex: Cross-cultural perspectives*. Allyn & Bacon.
- Haynes, S. (1995). Causalidad multivariada en psicopatología: introducción a los modelos causales. En V. Caballo, G. Buena-Casal y J. Carrobes (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Siglo XXI.
- Hernández, A. (2015). Validación de la escala de respuestas rumiativas al español de México. [Tesis inédita, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].

- Hernández-Guzmán, L., Dobson, K., Caso-Niebla, J., González-Montesinos, M., Epp, A., Arratúbel-Siles, M., & Wierzbicka-Szymczak, E. (2009). La versión en español de la Escala Cognitivo-Conductual de Evitación (CBAS). *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*(1), 99-108.
- Hernández-Martínez, A., García, R., Valencia, A., & Ortega, N. (2016). Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas para población mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 6*(2), 66-74.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research, 36*(5), 427-440.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New Guilford Press.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.
- Jongsma, A. E., Peterson, L. M., & McInnis, W. P. (2013). *The complete adult psychotherapy treatment planner*. Wiley.
- Joormann, J. (2004). Attentional bias in dysphoria: The role of inhibitory processes. *Cognition and Emotion, 18*(1), 125–147. <https://doi.org/10.1080/02699930244000480>
- Jordan, H., Lockert, E., Johnson-Warren, M., Cabell, C., Cooke, T., Greer, W., & Howe, G. (2006). Erotomania revisited: thirty-four years later. *Journal of the National Medical Association, 98*(5), 787-793.
- Joubert, A. E., Grierson, A. B., Li, I., Sharrock, M. J., Moulds, M. L., Werner-Seidler, A., Stech, E. P., Mahoney, A. E. J., & Newby, J. M. (2023). Managing Rumination and worry: A randomised controlled trial of an internet intervention targeting repetitive

- negative thinking delivered with and without clinician guidance. *Behaviour research and therapy*, 168, 104378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104378>
- Just, N., & Alloy, L. (1997). The response style theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221-229.
- Kane, J. (2009). An examination of a two-Factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and Posttraumatic Stress Disorder (ptsd) [Tesis inédita de doctorado, George Mason University].
- Kazdin, A. E. (2016). *Research design in clinical psychology* (5.^a ed.). Pearson.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Terapia cognitivo comportamental: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology and Psychiatry* (pp. 605-629). Springer.
- L., Dr. (20 de Junio de 2020). *How common is limerence?*
<https://livingwithlimerence.com/how-common-is-limerence/>
- Lo, C., Ho, S., & Hollon, S. D. (2010). The Effects of Rumination and Depressive Symptoms on the Prediction of Negative Attributional Style Among College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 116-123. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9233-2>
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, S. (2015). Thinking about rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 1-23. 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112733
- Keller, K. (23 de septiembre de 2011). *Limerence: When Is It More Than Heartbreak? From healthy love to the emotionally taxing experience of limerence.*
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-young-and-the-restless/201109/limerence-when-is-it-more-than-heartbreak>

- Maglia, M., Lanzafame, I., Quattropani, M., & Caponnetto, P. (2023). Love addiction: Current diagnostic and therapeutic paradigms in clinical psychology. *Health Psychology Research*, 11. <https://doi:10.52965/001c.70218>
- Martin L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En: R. S. Wyer (ed.), *Ruminative thoughts: advances in social cognition*. (Vol. 9, pp. 1-47). Lawrence Erlbaum.
- Martin, S. (2018). *An exploration of the transition from romantic infatuation to adult attachment*. [Tesis de doctorado, Cornell University]. <https://www.proquest.com/openview/1b395869fb654c7923dd8ae92afcdbe1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- McCracken, A. (2024). When a crush hangs on. *The New York Times*, 1–8
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N. C., & Nathan, P. (2015). Mechanisms of change during group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 19–26.
- Mellody, P. (2006). *La adicción al amor*. Obelisco.
- Mirzaian, S. (2023). The Effectiveness of Training Metacognitive Strategies on Reducing Rumination and Worry. *Journal of Modern Psychology*, 3(3), 35-43. <https://doi.org/10.22034/jmp.2024.444245.1086>
- Modini, M., & Abbott, M. J. (2018). Banning pre-event rumination in social anxiety: A preliminary randomized trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.009>
- Moreno, M. (2021). *Efecto de un protocolo de única sesión basado en el entrenamiento atencional (ATT) sobre la disminución de sesgos atencionales en población con síntomas de ansiedad social aplicado vía web*. [Tesis de maestría]. Universidad Konrad Lorenz.

<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/server/api/core/bitstreams/e1b3a8ee-2c3f-4cd9-a11e-8a62d0f444f0/content>

- Morris, B. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *20*, 1176–1183.
- Moulds M. L., Kandris E., Starr S., & Wong A. C. M. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(2), 251–261.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A Heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 589-609.
- Normann, N., Emmerik, A. A. P. van, & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, *31*(5), 402–411.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, *9*, 2211.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *World Mental Health Day 2017 - Mental health in the workplace*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2017>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Padrós, F., Montoya, K., Bravo, M., & Martínez, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S113479372030035X>
- Palacios, J., Cadenillas, V., Trujillo, B & Robalino, K. (2022). *Rumiación de estudiantes universitarios en tiempos de pandemia: género y edad*. Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.
- Patel, S., Day, T., Jones, N., & Mazefsky, C. (2017). Association between anger rumination and autism symptom severity, depression symptoms, aggression, and general dysregulation in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(2), 181-189.
- Peele, S. (1975). *Love and addiction*. Taplinger.
- Querstret, D., & Cropley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 996-1009.

- Quezada, L., & de la Garza, A. (2024). Rumiación, gratitud y afecto positivo y negativo como predictores del crecimiento postraumático en deudos por COVID-19. *Ansiedad y Estrés*, 30(1), 49-55.
- Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C., & Kwahlen, A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19, 583-589.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J., & Cano-Vindel, A. (2013). Spanish Version of the Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-8.
- Reynolds, S. (1983). Limerence: A new word and concept. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 20(1), pp. 107-111. <https://doi.org/10.1037/h0088469>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211–218.
- Rodríguez, R. (2004). Terapia cognitiva en pacientes con rumiaciones obsesivas. *Revista argentina de psiquiatría*, 15(56), pp. 85-90.
- Romero, L. L. (10 de octubre de 2024). *Depresión y ansiedad, los dos principales trastornos de salud mental en México*. Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/depresion-y-ansiedad-los-dos-principales-trastornos-de-salud-mental-en-mexico/>
- Rosales, M. G., & Goldfarb, M. R. (2019). Rumiación: ¿Factor mantenedor de la comorbilidad dolor crónico y depresión? Una revisión actualizada. En *Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (p. 225). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Rosas-Santiago, F., Rodríguez-Pérez, V., Hernández-Aguilera, R., & Lagunes-Córdoba, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del inventario de depresión de

- Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), pp. 436-449. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- Rosenbaum, D., Maier, M. J., Hudak, J., Metzger, F. G., Wells, A., Fallgatter, A. J., & Ehlis, A. C. (2018). Neurophysiological correlates of the attention training technique: A component study. *NeuroImage. Clinical*, 19, 1018–1024. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.06.021>
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sack, D. (2012). *Limerence and the biochemical roots of love addiction*. Huffington Post. https://www.huffpost.com/entry/limerence_b_1627089
- Sanches, M. & John, V. (2019). Treatment of love addiction: Current status and perspectives. *The European journal of psychiatry*, 33(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.07.002>
- Sanz, J., & García-Vera, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Semerari, A. (2003). *Historia, teorías y técnicas de la Terapia Cognitiva*. Paidós.
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company.
- Showers, C., & Ruben, C. (1990). Distinguishing defensive pessimism from depression: Negative expectations and positive coping mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 14(4), 385-399
- Solgi, Z., & Hosseini, M. (2022). The effectiveness of metacognitive therapy on rumination, tolerance of ambiguity and perception worry in students with social anxiety disorder (Persian). *Journal of School Counseling*, p. 1-18.

- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 85–92.
- Sussman, S. (2010): Love Addiction: Definition, Etiology, Treatment, Sexual Addiction & Compulsivity: *The Journal of Treatment & Prevention, 17*(1), pp. 31-45.
<http://dx.doi.org/10.1080/10720161003604095>
- Sutherland, K. (2022). Divine madness: on the aetiology of romantic obsession. *Journal of Consciousness Studies, 29*(1–2), pp. 79–112.
<https://doi.org/10.53765/20512201.29.1.079>
- Sundberg, J. (2019). Amigeist: A new extreme love phenomenon. *International Journal of Transpersonal Studies, 38*(1).
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24972/ijts.2019.38.1.83>
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across U.S. and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping, 22*, 129-136.
- Tennov, D. (1999). *Love and limerence: The experience of being in Love*. Scarborough House.
- Tiscareño, A. & Quiñónez-Rodríguez, S. (en revisión). *Traducción y validación de la Escala de Limerencia de Wolf y Lemay en población mexicana*. Manuscrito enviado para revisión a *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Toro, R., González, E., Navarro, A., & Ortiz, H. (2020). Rumiación cognitiva y psicopatologías externalizantes: una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología, 13*(2), 125-134. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13212>
- Toro, R., Vulbuena-Martin, M., Riveros-Lopez, D., Zapata-Orjuela, M., & Florez-Tovar, A. (2020). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática. *PSICUMEX, 10*(2), 1-28.

- Treynor, W., González, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Valadas, M., & Bravo, L. (2020). De Clérambault's syndrome revisited: a case report of Erotomania in a male. *BMC Psychiatry*, 20(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02921-5>
- Valenzuela, E., Hoyos, G., Bustamante, C., Salas, A., Cuevas, J., & Vega, I. (2024). Rumiación cognitiva en estudiantes deportistas en una universidad pública del noroeste de México. *Retos*, 55, 931–937. <https://doi.org/10.47197/retos.v55.105319>
- Verhulst, J. (1984). Limerence: Notes on the nature and function of passionate love. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 7(1), 115–138.
- Wakin, A., & Vo, D. B. (2008). *Love-variant: The Wakin-Vo I. D. R. model of limerence*. Inter-Disciplinary – Net. 2nd Global Conference; Challenging Intimate Boundaries. https://digitalcommons.sacredheart.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1134&context=psych_fac
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206.
- Watkins, E. (2016). *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. Editorial Guildford.
- Watkins, E., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford.
- Wells, A. (2019). *Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión*. Descleé De Brouwer.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888.
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The Role of Thought Suppression in Depressive Rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293–308.
<https://doi.org/10.1023/A:1023966400540>
- Willmott, L., & Bentley, E. (2015). Exploring the Lived-Experience of Limerence: A Journey toward Authenticity. *The Qualitative Report*, 20(1), 20-38.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.1420>
- Wolf, N. (2017). *Investigating limerence: predictors of limerence, measure validation, and goal progress*. [Tesis de maestría, University of Maryland].
<https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/20272>
- Wyant, B. (2021). Treatment of limerence using a cognitive behavioral approach: A case study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–7.
<https://doi.org/10.1177/23743735211060812>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.

Apéndice A. Escala de Respuestas Rumiativas

ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS

(Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)

(Adaptación Hernández, García, Valencia & Ortega, 2016)

Instrucciones: Las personas responden de diferentes maneras ante emociones y sentimientos considerados desagradables. A continuación, encontrarás una serie de frases que describen cómo algunas personas suelen pensar o actuar en esos momentos. Por favor, indica la **frecuencia** con la que tiendes a pensar o actuar de la manera indicada cuando experimentas algún sentimiento desagradable como la tristeza, el enojo, el rechazo, el miedo, la culpa, la preocupación, etcétera.

Recuerda señalar lo que *generalmente* haces, no lo que crees que deberías hacer.

Pregunta	1. Casi nunca	2. Algunas veces	3. A menudo	4. Casi siempre
1. Piensas <i>“todo lo que pasa me lo merezco”</i> .				
2. Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás sintiéndote así.				
3. Piensas <i>“¿Por qué siempre reacciono de esta forma cuando algo me entristece o preocupa?”</i>				
4. Te aíslas y piensas porqué te sientes así.				
5. Piensas acerca de una situación reciente anhelando que te hubiera ido mejor.				
6. Escribes lo que estás pensando y lo analizas				
7. Piensas <i>“¿Por qué tengo problemas que los (as) demás no tienen?”</i>				
8. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido (a).				
9. Piensas en lo triste que te sientes.				
10. Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.				

Apéndice B. Escala Breve de Rumiación Relacionada a un Evento

ESCALA BREVE DE RUMIACIÓN RELACIONADA A UN EVENTO (ERRI-B)

(Cann et al., 2011)

(adaptación de Quezada & de la Garza, 2024)

Instrucciones: Esta escala está diseñada para evaluar cómo sueles reflexionar sobre eventos o situaciones relacionadas con una persona que te gusta. A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones que describen pensamientos y reacciones que algunas personas experimentan después de vivir experiencias significativas con la persona que les gusta.

Por favor, responde a cada afirmación indicando con qué **frecuencia** tiendes a experimentar lo que se describe en relación con esa persona, utilizando las siguientes opciones:

0	1	2	3
Casi nunca			Casi siempre

1.- Se me vienen a la cabeza pensamientos sobre lo sucedido, y no puedo dejar de pensar en ellos	0	1	2	3
2.- Me distraigo o tengo problemas para concentrarme debido a estos pensamientos	0	1	2	3
3.- No puedo evitar que imágenes y pensamientos sobre lo sucedido vengan a mi cabeza	0	1	2	3
4.- Sin que yo lo quiera, me llegan pensamientos, recuerdos o imágenes sobre lo sucedido	0	1	2	3
5.- Pensamientos acerca de lo sucedido me hacen revivir la experiencia	0	1	2	3
6.- Situaciones o detalles similares a lo sucedido traen de vuelta pensamientos sobre la experiencia	0	1	2	3
7.- Trato de no pensar acerca de lo sucedido, pero no lo puedo evitar	0	1	2	3
8.- Pienso en si los cambios en mi vida se deben a como enfrenté esta experiencia	0	1	2	3
9.- Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia	0	1	2	3
10.- Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo	0	1	2	3
11.- Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro	0	1	2	3
12.- Pienso acerca de si mis relaciones con otros han cambiado luego de mi experiencia	0	1	2	3

Apéndice C. Escala de Limerencia de Wolf & Lemay

Escala de Limerencia de Wolf & Lemay (2017) (adaptación de Tiscareño & Quiñónez-Rodríguez, 2025)

Las preguntas siguientes se refieren a tus sentimientos hacia alguien por quien te sientes o te has sentido atraído románticamente. Como tal, los sentimientos mencionados en estas preguntas se relacionan con sentimientos románticos. No es necesario que estés en una relación con la persona por la que tienes estos sentimientos; a menudo, las personas admiran a otros desde la distancia. Responde conforme al siguiente modo de respuesta, donde a mayor acuerdo mayor puntaje:

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

Incapacidad para ser no-limerente							
1. Sé que aunque quisiera no podría cambiar la forma en que me siento hacia esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
2. No puedo cambiar cómo me siento hacia esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
3. Los sentimientos que tengo por esa persona son imposibles de cambiar.	1	2	3	4	5	6	7
4. Siento que soy incapaz de cambiar mi manera de sentir hacia esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
Incertidumbre							
5. Podría equivocarme sobre lo que esa persona siente por mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Nunca estoy 100% segura/o sobre lo que esa persona siente por mí.	1	2	3	4	5	6	7
7. No estoy seguro/a sobre lo que esa persona siente por mí.	1	2	3	4	5	6	7
8. Es posible que esa persona sienta algo diferente por mí que lo que yo creo.	1	2	3	4	5	6	7
Dolor en el pecho							
9. Cuando pienso en esa persona siento un dolor en el centro del pecho.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que siento por esa persona me deja una sensación dolorosa en el centro de pecho.	1	2	3	4	5	6	7
11. Experimento el anhelo de estar con esa persona como una sensación dolorosa en el centro de mi pecho.	1	2	3	4	5	6	7
12. Siento un dolor en el centro del pecho cada vez que esa persona se va.	1	2	3	4	5	6	7

Inquietud							
13. Cuando estoy cerca de esa persona tengo dificultades para hablar y no puedo pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy cerca de esa persona me pongo muy nervioso/a y agitado/a.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me pongo inquieta/o cuando estoy cerca de esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
Rumiación limerente							
16. No puedo controlar cuándo o cuánto pienso en esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
17. Empiezo a pensar en esa persona incluso cuando me propongo no hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
18. No puedo sacar a esa persona de mi cabeza.	1	2	3	4	5	6	7
19. La mayoría de los pensamientos que me llegan sobre esa persona ocurren sin esfuerzo alguno y repentinamente.	1	2	3	4	5	6	7
20. Me siento intensamente feliz cuando creo que esa persona siente algo fuerte hacia mí.	1	2	3	4	5	6	7
21. Si esa persona sintiera lo mismo que yo siento por ella/él estaría intensamente feliz.	1	2	3	4	5	6	7
22. Me pongo muy feliz cuando creo que esa persona siente lo mismo que yo.	1	2	3	4	5	6	7
Cristalización							
23. Ninguna de las características negativas de esa persona me molesta.	1	2	3	4	5	6	7
24. Paso por alto las características negativas de esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
25. Para mí las características negativas de esa persona son encantadoras.	1	2	3	4	5	6	7
26. Los defectos de esa persona para nada me molestan.	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice D. Escala de Bienestar Subjetivo

EBS-8

Instrucciones: Indica qué tan de acuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones considerando los últimos 7 días.

Afecto positivo	Rara vez	A veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre	Siempre
Disfruto de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida me trae alegría	1	2	3	4	5	6	7
Soy una persona feliz	1	2	3	4	5	6	7
Estoy "de buenas"	1	2	3	4	5	6	7
Satisfacción con la vida	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi vida es maravillosa	1	2	3	4	5	6	7
Estoy satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Me gusta mi vida	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida es feliz	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice E. Inventario de Ansiedad de Beck

Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

A.F.

A.S.

Apéndice F. Inventario de Depresión de Beck II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Apéndice G. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Por medio del presente consentimiento, yo _____, acepto participar por voluntad propia en el proyecto de intervención titulado *Tratamiento metacognitivo de rumiación limerente*, el cual consta de 8 sesiones semanales basadas en la Terapia Metacognitiva con una duración de 60 a 90 minutos cada una y cuyo fin es la disminución de la rumiación limerente. Confirmando, además, que al momento de mi participación en el presente proyecto de intervención no estoy dentro de otro proceso terapéutico, taller ni nada parecido para trabajar la rumiación limerente.

Además, se hizo de mi conocimiento que los datos que yo proporcione serán discutidos únicamente con el director del proyecto, el Dr. Francisco Antonio Calderón González, cuyo correo de contacto es francisco.calderon@uacj.mx, esto para darle un seguimiento a la calidad de mi tratamiento. También, estoy al tanto de que los datos obtenidos durante mi participación podrían ser utilizados para una publicación académica de manera válida por 5 años, a partir de la fecha en que se firma el presente Consentimiento. Asimismo, estoy enterado de que en todo momento mi identidad será salvaguardada con el uso de pseudónimos, claves, siglas, códigos y contraseñas, tanto de manera física (expediente) como electrónica (archivos y carpetas).

De la misma forma, se me hizo saber que el proceso que se llevará cabo consistirá en una entrevista inicial, obtención de mi historia clínica, aplicación de pruebas, entrega de resultados si así lo deseo, realización de la intervención, una evaluación intermedia y una evaluación posttest, así como seguimiento a las dudas e inquietudes que pudieran surgirme luego de mi participación en el proyecto. De la misma forma, entiendo que soy libre de abandonar mi participación en el proyecto en el momento que yo así lo desee sin ningún tipo de represalia en mi contra, por lo que me comprometo a informárselo a la psicóloga investigadora por los canales de comunicación aquí establecidos.

Comprendo y estoy de acuerdo en proporcionar los datos que me sean requeridos, así como de cumplir con las sesiones y actividades encargadas siempre de manera honesta, sabiendo que en ocasiones podría causarme incomodidad, malestar, ansiedad, cansancio, fatiga y/o dolor de cabeza; circunstancias en las cuales la psicóloga investigadora se compromete a proporcionarme los auxilios necesarios y acompañamiento.

A su vez, declaro conocer los beneficios de mi participación, los cuales son conocer y tratar la rumiación limerente, disminuirla para poder tener una mejor calidad de vida y de mis relaciones interpersonales y así sentirme mejor, además de recibir de manera gratuita tanto la terapia completa, como los resultados de mi evaluación pre y post intervención.

También, doy mi consentimiento para que el presente acuerdo de confidencialidad se anule sólo en circunstancias en las que haya indicios de que mi vida e integridad, la vida e integridad de la psicóloga investigadora o la de un tercero corra peligro.

Finalmente, hago constar que todo lo que se ha dicho en el presente consentimiento me fue explicado verbalmente por la psicóloga investigadora.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del/la participante

Nombre y firma del testigo 1

Dirección:

Relación que guarda con el participante: _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Francisco Antonio Calderón González, responsable del Proyecto, al teléfono 656-638-48-47y al correo electrónico francisco.calderon@uacj.mx

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Apéndice H. Entrevista de diagnóstico diferencial

Entrevista de diagnóstico diferencial

Información general

Nombre:

Edad:

Ocupación/Carrera:

Situación sentimental actual:

Tipo de OL:

Generales

1. ¿Cómo es tu experiencia cuando alguien te gusta? ¿Cómo eres cuando te gusta alguien?
2. ¿Has experimentado anteriormente sentimientos intensos y obsesivos hacia alguna persona? Si es así, ¿cómo se desarrollaron esos sentimientos?
3. ¿Puedes describir cómo te sientes actualmente hacia esta persona?
4. ¿Qué siente esta persona hacia ti?
5. ¿Cómo intentas determinar si la persona que te gusta siente lo mismo por ti?

Sintomatología actual - OL

Rumiación

1. ¿Con qué frecuencia piensas en esa persona durante el día?
2. ¿Consideras que pensar en esa persona ocupa gran parte de tu día?
3. ¿Cuándo y cómo te diste cuenta de que pensabas demasiado en la persona?
4. ¿Qué tipo de pensamientos cruzan tu mente cuando piensas en esa persona?
5. ¿Cuál/es el pensamiento más recurrente que tienes acerca de esa persona?
6. Sobre los pensamientos: ¿Tiendes a analizar en exceso las acciones o palabras de esta persona, buscando significados ocultos o señales de interés?
7. ¿Has notado que te enfocas en pequeños detalles de su comportamiento (como una mirada, un gesto o un mensaje) y les das un significado exagerado?
8. ¿Te es difícil controlar tus pensamientos sobre esta persona? 1-100
9. ¿Te resulta difícil enfocarte en otras actividades o personas porque tu mente siempre regresa a esta persona? 1-100
10. Cuando no ves a esa persona por días o semanas ¿Cómo te sientes? ¿Qué piensas? ¿Qué haces?
11. ¿Por qué te gusta esa persona?
12. ¿Qué características de esa persona te atraen más y por qué?
13. ¿Cuáles te atraen menos y por qué?
14. ¿Qué te genera no poder dejar de pensar en esa persona?
15. ¿Qué haces cuando no puedes dejar de pensar en esa persona? ¿Qué estrategias usas para distraerte o dejar de pensar en esa persona? ¿qué tanto te han funcionado?
16. ¿Qué has intentado para manejar o reducir tus sentimientos hacia esa persona? ¿cómo te ha funcionado?

17. ¿Te gustaría hacerle saber a esa persona lo que sientes? ¿Por qué sí/no?

Análisis, fantasías, repeticiones mentales

1. ¿Sueles imaginar escenarios con esa persona? ¿qué tipo de escenarios?
2. ¿Sueles repetir mentalmente conversaciones o interacciones que has tenido con esta persona, analizando cada detalle?
3. ¿Pasas tiempo imaginando cómo serían futuras interacciones con esta persona, preparando lo que dirías o harías? ¿Cuánto tiempo?
4. ¿Has notado que repites constantemente en tu mente ciertas frases, gestos o momentos compartidos con esta persona?
5. ¿Fantaseas con que esta persona siente lo mismo por ti? ¿con qué frecuencia?

Ansiedad y sentimientos de inadecuación

1. ¿Cómo te sientes cuando estás en presencia o contacto con esa persona? ¿Qué piensas y qué haces?
2. ¿Dirías que te esfuerzas por causar una buena impresión en esta persona, incluso más de lo que lo harías con otras personas? 1-100 en comparación con antes
3. ¿Qué tipo de cosas haces para asegurarte de que esta persona te vea de la mejor manera posible? Describe alguna situación
4. ¿Experimentas algún síntoma como sudoración, palpitaciones o falta de aliento cuando estás cerca de esta persona o piensas en ella?
5. *¿Cómo afectan estos síntomas físicos tu capacidad para interactuar con esta persona o con otras personas?
6. ¿Qué piensas y sientes ante la posibilidad de ser rechazad@ por esa persona?

Dependencia emocional

1. ¿Cómo te sientes cuando percibes que esta persona podría corresponder a tus sentimientos? Describe cómo se modifica tu estado de ánimo y comportamiento
2. ¿Cómo te sientes cuando percibes que esa persona no corresponde a tus sentimientos? Describe cómo se modifica tu estado de ánimo y comportamiento
3. ¿Cómo te sientes cuando hay obstáculos (como distancia, compromisos previos, etc.) que dificultan tu relación con esta persona?
4. ¿Cómo te afecta la incertidumbre sobre los sentimientos de esta persona?

Deterioro en el funcionamiento (personal, salud, académico, laboral, social, familiar)

1. ¿Has notado algún cambio en tu bienestar emocional o físico desde que empezaste a tener estos sentimientos intensos hacia esa persona? ¿De qué manera?
2. ¿Puedes mencionar algunos de los problemas más significativos que has experimentado debido a tus sentimientos hacia esa persona?
3. ¿Cómo han afectado tus sentimientos hacia esa persona en tu vida cotidiana?

4. ¿A nivel personal (hábitos, autoestima, emociones, tranquilidad, ansiedad, etc.)?
5. ¿en lo escolar?
6. ¿en lo laboral?
7. ¿en tus relaciones con los demás?

Expectativas

1. ¿Qué opinas acerca de la posibilidad de que estos sentimientos intensos sean debidos a la limerencia y no a un enamoramiento saludable?
2. ¿Qué esperas lograr o cambiar en tu vida si pudieras manejar mejor estos sentimientos y pensamientos?

Apéndice I. Historia clínica

Fecha: _____

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Tel: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Escolaridad: _____ No. De hijos y edades: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Antigüedad: _____ Puesto: _____

Lugar de trabajo: _____ Horario: _____

Med/sust: Sí / No Cuál: _____ At. Psic. Prev: Sí / No Motivo: _____

HISTORIA CLÍNICA ADULTO

Atiende: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

1. ¿Qué crees que te trajo aquí? ¿Cuál es el principal problema que estás teniendo? ¿Cuándo empezó el problema? ¿Es la primera vez que ocurre o ya había sucedido antes? ¿Por qué cosas estabas pasando en tu vida cuando esto inició o se puso peor? ¿Qué cambios trajo este problema a tu vida? Del 1 al 10 qué tanto afecta

Presente:

Pasado inmediato:

Pasado lejano:

2. ¿Qué es lo que quieres lograr/resolver? ¿Qué quisieras que fuera diferente? Establecer los 3 principales objetivos terapéuticos en orden de prioridad para el cliente.

	1.
	2.
	3.

3. ¿Qué has intentado para solucionar esta situación y NO te ha funcionado ¿Qué cosas has hecho que SI te han funcionado?

SI

NO

4. ¿Qué te motivó a buscar la atención en este momento? (Razones para buscar la atención justo ahora)

III. RELACIONES FAMILIARES

1. Composición de la familia (edades, ocupación, escolaridad) y las relaciones que lleva con c/u. Familiograma

2. ¿Cómo fue crecer en tu familia? (describir eventos significativos, positivos y negativos)

3. Principales conflictos y medidas que se toman para resolverse (evaluar posibles situaciones de violencia doméstica y/o abuso infantil)

4. Actividades de convivencia.

5. ¿Qué cambiarías de tu familia o si pudieras? ¿Por qué?

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser? ¿Qué podrías cambiar tú en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en tus relaciones familiares?

IV. AREA ESCOLAR/ACADÉMICA

1. Nivel educativo, experiencia académica, satisfacciones/insatisfacciones importantes, dificultades, aspiraciones a

futuro, relación con compañeros/ maestros.

2. Desempeño actual en cuanto a tu rol como estudiante / o en cuanto a tu proceso de formación/preparación académica/profesional.

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser? ¿Qué podrías cambiar tú en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en lo académico, y avanzar en dirección a tus aspiraciones?

V. ÁREA LABORAL

1. Experiencia laboral, situación económica actual, actividades en trabajo actual, satisfacciones/insatisfacciones, relaciones laborales, aspiraciones futuras.

Trabajo ideal y por qué:

2. Desempeño actual en cuanto a tu rol como empleado (jefe/subordinado)

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser? ¿Qué podrías cambiar tú en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en lo laboral, o para tener el tipo de trabajo que realmente quisieras tener?

VI. RELACIONES SOCIALES

1. Redes de apoyo social: Amistades cercanas (tiempo de conocerse — relaciones a largo plazo), confidentes, actividades sociales, pertenencia a grupos/clubs sociales.

2. ¿Cómo crees que te describirían los demás? Actitudes, conductas buenas/no tan buenas

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser? ¿Qué podrías cambiar tú en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en tus relaciones con los demás?

VII. RELACIONES DE PAREJA

1. Experiencia en cuanto a las relaciones de pareja, tiempo juntos (en relac., actual y en la que más duró), satisfacciones/insatisfacciones, acts., de convivencia, conflictos (evaluar posibles situaciones de violencia física y/o psicológica)

2. ¿Cómo eres y te comportas como pareja? ¿Cómo crees que te describirían tus parejas?
Actitudes buenas y no tan buenas hacia tu pareja

3. ¿Cómo vives tu sexualidad?

4. ¿Cómo sería tu relación ideal?

5. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser? ¿Qué podrías cambiar tú en tu forma de ser para tener el tipo de relación que te gustaría tener?

VIII. SALUD

Estado de salud actual: _____

Problemas médicos significativos: _____

Enfermedades/Condiciones: _____

Hospitalizaciones: Sí / No Causa: _____

Cirugías: Sí / No Causa: _____

Golpes fuertes en la cabeza (actuales y pasados): Sí / No

Condiciones crónicas/hereditarias:

Alergias significativas:

-

Medicamentos recetados y auto recetados:

2. En los últimos 12 meses

Cuántas comidas haces al día: _____ Normalmente, ¿comes en casa o fuera? _____
¿Qué sueles desayunar/almorzar?

¿Qué sueles comer?

¿Qué sueles cenar?

Comida favorita:

Practicas algún deporte: Sí / No Cuál: _____
Cuántos minutos/horas dirías que caminas en un día promedio:

Haces algún tipo de ejercicio? Sí / No Cuál y con qué frecuencia:

Cuántas horas duermes al día: _____ ¿Tienes algún ritual/rutina para dormir? Sí / No
Especifique:

¿Cómo describirías la calidad de tu sueño? Dificultades, pesadillas, sueño ligero

Consumes alcohol: Sí / No Frecuencia:

¿Cómo eres bajo la influencia del alcohol?

Consumes tabaco: Sí / No Cuántos al día:

Consumes otras sustancias ilegales: Sí / No Frecuencia:

¿Cómo eres bajo la influencia de la sustancia?

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser en cuanto al cuidado de tu salud? ¿Qué podrías cambiar para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en cuanto al cuidado de tu salud, o para mantenerte sano?

IX. AREA MENTAL / EMOCIONAL

1. Carácter/Temperamento (¿Cómo te describirías a ti mismo? ¿Cómo crees que te perciben los demás?)

Estados de ánimo recientes (en los últimos 2-3 meses)

Problemas en funciones cognitivas (falta de concentración, memoria, ubicación en tiempo, espacio y lugar)

Problemas psicológicos, psiquiátricos o neurológicos anteriores (diagnósticos, hospitalizaciones, tratamientos, medicamento)

Antecedentes familiares psicológicos y/o psiquiátricos (diagnóstico, hospitalizaciones, tratamientos, medicamento)

2. Manejo de las emociones (¿cuáles emociones son las que más experimenta? Frecuencia y formas de manejarlas).

3. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Cómo querrías ser en lo emocional/psicológico/mental? ¿Qué podrías cambiar para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en esta área?

X. AREA RECREATIVA

1. Manejo del tiempo libre, actividades recreativas, hobbies, pasatiempos, distracciones, actividades artísticas

2. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Qué podrías cambiar en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en esta área?

XI. AREA ESPIRITUAL

1. Creencias (¿cómo llegas a ellas? – tradición familiar, decisión propia, circunstancia específica) Prácticas, nivel de importancia como fuente de apoyo, impacto en decisiones y vida cotidiana

2. (REALIZAR SOLO SI ES RELEVANTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y/O OBJETIVOS TERAPEUTICOS DEL CLIENTE) ¿Qué podrías cambiar en tu forma de ser para ser más congruente con el tipo de persona que querrías ser en esta área?

¿Hay alguna cosa más que te gustaría mencionar que no se tocó aquí?

OBSERVACIONES

Apéndice J. Entrevista de Salida

Entrevista de salida

Fecha: _____

En general, ¿qué te pareció la intervención?

¿Qué consideras que sí te ha servido? Descríbelo

¿Qué consideras que no te ha servido? Descríbelo

¿Qué fue para ti lo más significativo/transformador de la intervención?

¿Cómo aplicarías lo que aprendiste?

¿Qué cambios favorables has notado en

lo físico?

lo emocional?

tu comportamiento?

tus pensamientos?

¿Qué cambios desfavorables has notado en

lo físico?

lo emocional?

tu comportamiento?

tus pensamientos?

¿Qué elementos de la intervención consideras que fueron más un obstáculo que una ayuda/herramienta?

¿Qué cambiarías de la intervención?

Apéndice K. SCA-1

SCA-1

1. ¿Durante cuánto tiempo, a lo largo de la última semana, se ha descubierto cavilando o preocupándose por cuestiones relacionadas a la persona que le gusta? (Trace un círculo alrededor de uno de los números siguientes).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

2. ¿Cuánto tiempo, durante la última semana, ha centrado su atención en cosas que le parecen amenazadoras para que la persona que le gusta corresponda sus sentimientos (por ejemplo, situaciones, pensamientos, barreras, peligros)? (Marque con un círculo uno de los números de abajo).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

3. ¿Con qué frecuencia, durante la última semana, ha hecho una de estas cosas para afrontar sus sentimientos o pensamientos respecto a la persona que le gusta? (Escriba al lado de cada ítem uno de los números de la escala de abajo).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
En ningún momento			La mitad del tiempo			Todo el tiempo		

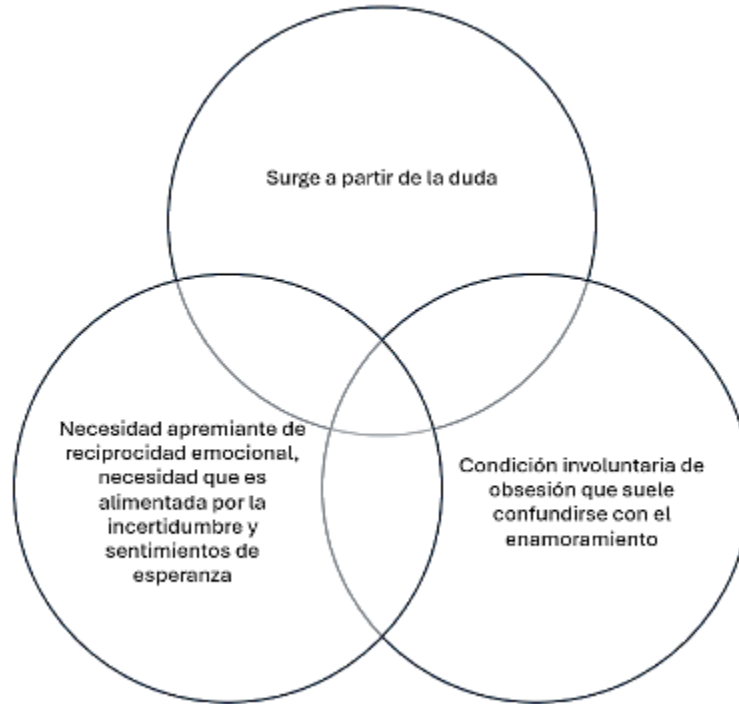
He evitado determinadas situaciones		He tratado de no pensar en algunas cosas		He recurrido al alcohol /drogas	
He pedido a otra persona que me tranquilice		He intentado controlar mis emociones		He controlado mis síntomas	

4. Abajo hay escritas diferentes creencias que la gente suele tener. Indique en qué medida cree usted en cada una de ellas escribiendo al lado de cada ítem un número de la siguiente escala.

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No puedo creerlo en absoluto					Estoy completamente convencido de que es verdad				

a. El exceso de preocupación podría perjudicarme		e. Preocuparme me ayuda a afrontar las cosas	
b. Las emociones poderosas son peligrosas		f. Concentrarme en una posible amenaza me mantendrá a salvo	
c. No puedo controlar mis pensamientos		g. Es importante controlar mis pensamientos	
d. Algunos pensamientos podrían hacerme perder la razón		h. Analizar mis problemas me ayudará a encontrar respuestas	

Apéndice L. Material Psicoeducativo



L
I
M
E
R
E
N
C
I
A

L
I
M
E
R
E
N
C
I
A

Principales síntomas:

- ✓ Incertidumbre acerca de los sentimientos del OL
- ✓ Rumiación sobre el Objeto Limerente o *crush*
- ✓ Fantasías constantes de reciprocidad
- ✓ Recuerdo constante de interacciones pasadas con el OL buscando señales de reciprocidad
- ✓ Dolor en el pecho
- ✓ Miedo al rechazo
- ✓ Inversión exagerada de tiempo directa o indirectamente en el OL
- ✓ Admiración intensa al OL
- ✓ Sentimientos de inadecuación

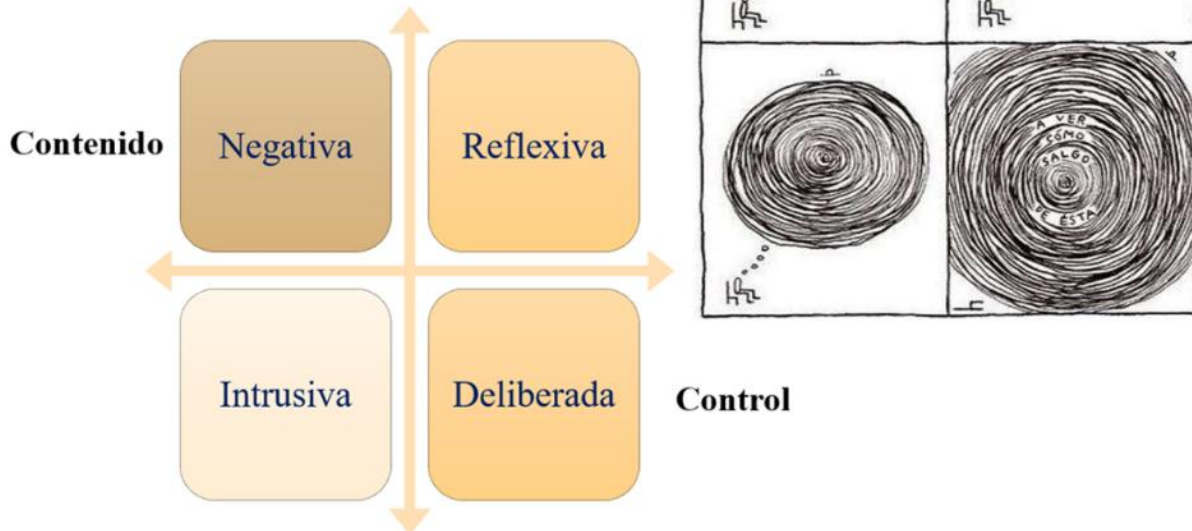
AMOR Y LIMERENCIA

Conoce Las Diferencias

Limerencia	Amor
Quieres obtener afecto	Quieres dar afecto
Analizas obsesivamente todo	Sientes un vínculo fuerte
Tienes pensamientos obsesivos e intrusivos	Tus pensamientos están equilibrados
Idealizas a esa persona	Conoces y aceptas los defectos de esa persona
Deseas reciprocidad por encima de todo	Comprendes las necesidades individuales en una relación

Rumiación

 <p>Tipo de pensamiento que se centra en un solo tema de manera persistente y repetitiva, incluso sin estímulos externos</p>	 <p>Suele enfocarse en un objetivo o preocupación personal, en algunos casos puede ser constructiva y facilitar el éxito en la consecución de una meta</p>	 <p>Sin embargo, la rumiación puede ser no constructiva y relacionarse con metas inalcanzables, como en la limerencia</p>	 <p>La rumiación se define por su naturaleza pasiva y repetitiva más que por el contenido de los pensamientos</p>	 <p>La rumiación es transversal o transdiagnóstica</p>	 <p>Es el componente principal de la limerencia</p>
---	---	--	--	---	--



Metacognición:

el conocimiento, monitoreo y evaluación del pensamiento de uno mismo.



© Lectorio

Metacognición

- La metacognición determina a qué le prestan atención las personas, cómo interpretan sus experiencias y qué estrategias usan para regular sus procesos mentales.
- Los trastornos psicológicos, como la ansiedad o depresión, no son causados por lo que las personas piensan, sino por cómo responden a sus pensamientos y emociones.



(Borders, 2020)

Metacognición



- Cómo me relaciono con mis pensamientos?
- ¿Cómo reflexiono acerca de lo que estoy pensando?
- Contenido del pensamiento vs. Procesos que generan los pensamientos (procesos cognitivos)
- Las metacogniciones juegan un papel central en el manejo funcional o disfuncional de la mente

Metacognición

- Conocimiento metacognitivo: abarca la información que las personas tienen sobre las estrategias cognitivas que pueden emplear para alcanzar determinados objetivos.
- Este conocimiento se ajusta a partir de las experiencias
- Ejemplo: si una persona percibe dificultad para desvincularse de pensamientos repetitivos, puede desarrollar creencias metacognitivas negativas sobre su capacidad para controlar dichos pensamientos.



Metacognición

- El conocimiento metacognitivo incluye las creencias que las personas tienen sobre sus propios pensamientos
- Las creencias positivas están relacionadas con la percepción de **utilidad** de ciertos procesos cognitivos. "Si me preocupo, estaré preparado" o "enfocarme en la amenaza me protegerá". Estas creencias suelen perpetuar los patrones de preocupación y rumiación.
- Las creencias negativas revelan evaluaciones negativas sobre los pensamientos o emociones, contribuyendo a un aumento del peligro percibido. "No puedo controlar mis pensamientos" o "si pienso en cosas violentas, las llevaré a cabo". Estas creencias suelen estar asociadas con **intentos de controlar** los pensamientos, lo que puede intensificar las actividades cognitivas disfuncionales, como tratar de suprimir o modificar el pensamiento para regular las emociones.



Metacognición

- Las experiencias metacognitivas incluyen las maneras de experimentar los pensamientos, esto incluye los sentimientos y las valoraciones relacionadas.
- En la patología, es común que la experiencia de la persona sea la de estar fuera de control, lo que a su vez conlleva que la persona sienta poca confianza en sus estrategias de afrontamiento de los pensamientos, incrementando su percepción de amenaza.
- Hay dos modos de experimentar los pensamientos: el modo objeto y el modo metacognitivo.
- El modo objeto se caracteriza por percibir los pensamientos como si fueran parte de la realidad externa, sin reconocerlos como eventos internos.
- El modo metacognitivo implica una conciencia donde los pensamientos son observados como fenómenos separados tanto del yo como del mundo.



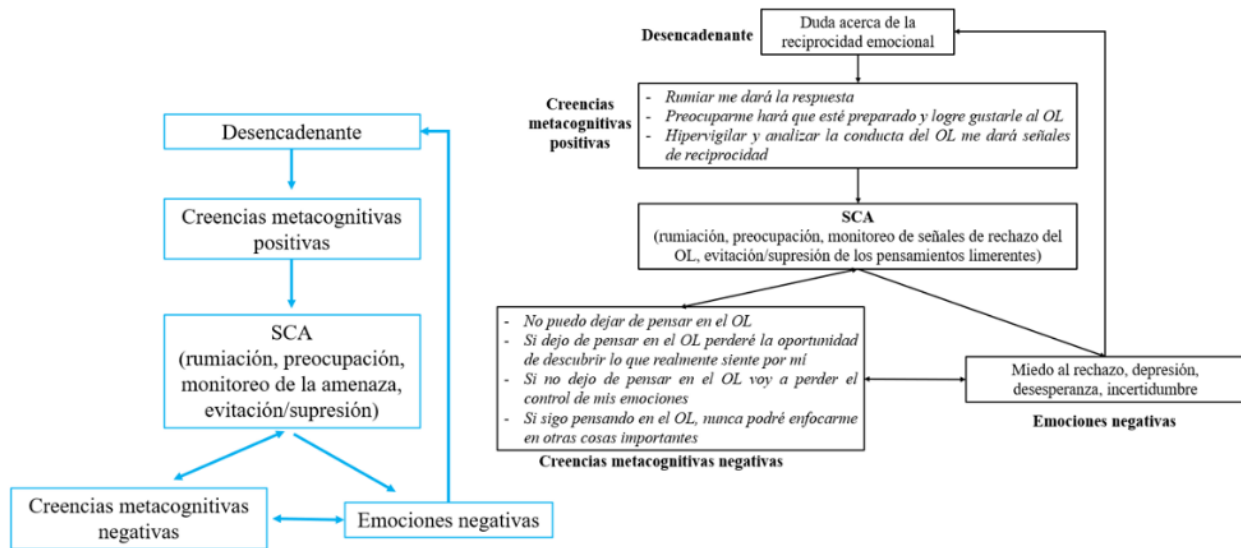
Metacognición

- Las estrategias metacognitivas de una persona dependen de su conocimiento y experiencias metacognitivas, que determinan cómo entiende y maneja sus pensamientos.
- Estos tres componentes son interdependientes y se influyen mutuamente.
- Las estrategias metacognitivas incluyen técnicas destinadas a regular y controlar la cognición, como intensificar, suprimir o modificar actividades cognitivas
- El tratamiento metacognitivo para abordar la rumiación se centra en la influencia de las creencias metacognitivas sobre los patrones de pensamiento repetitivo



Síndrome Cognitivo Atencional

- Este síndrome es un patrón de pensamiento o manera de responder ante experiencias internas (pensamientos y emociones) compuesto por rumiación, preocupación, atención fija, conductas de afrontamiento negativas y una excesiva autofocalización que interfieren con la capacidad para resolver problemas.
- La rumiación puede dividirse en dos tipos: una adaptativa, utilizada como estrategia activa para reducir discrepancias entre el estado actual y el deseado, y otra desadaptativa, que surge cuando los pensamientos negativos predominan y dificultan afrontar los problemas.
- La rumiación es una estrategia de afrontamiento orientada a alcanzar objetivos, ya que facilita el enfoque en el problema y la búsqueda de soluciones.
- La rumiación se activa cuando percibes que podría ser útil para alcanzar tus metas, pero se vuelve perjudicial si las creencias negativas limitan su eficacia.



Modelo metacognitivo de la rumiación limerente dentro del Síndrome Cognitivo Atencional

Apéndice M. Instrucciones de Técnicas de *Mindfulness* Desapegado

Técnicas de *mindfulness* desapegado

La tarea del tigre

Esta es una tarea de la que nuestros pacientes disfrutaban particularmente. En ella, se les pide que observen pasivamente aspectos no voluntarios de las imágenes como un medio de experimentar el MD. Se utiliza la siguiente instrucción para implementar el procedimiento:

“Con el fin de entender qué es el *mindfulness* desapegado y lo que necesita hacer para experimentarlo, quiero presentarle ahora un ejercicio al que llamamos la ‘tarea del tigre’. A continuación, le pediré que cierre los ojos y piense en la imagen de un tigre. Hagámoslo ahora: cierre los ojos y evoque la imagen de un tigre. No intente influir o cambiar la imagen de ninguna manera. Tan solo observe la imagen y el comportamiento del tigre. El tigre puede moverse, pero no porque usted haga nada para que se mueva. Puede parpadear, pero no porque usted le obligue a parpadear. Puede mover la cola, pero no es usted el que hace que la mueva. Observe cómo el tigre tiene su propio comportamiento. No haga nada, tan solo observe la imagen. Perciba cómo el tigre es simplemente un pensamiento en su mente, que está separado de usted y tiene un comportamiento propio”.

Concluida la práctica, preguntar al paciente acerca de los movimientos efectuados por el tigre y de qué modo ha cambiado la imagen: “¿Hizo que el tigre se moviera u ocurrió espontáneamente?”. Cuando el paciente experimenta que los movimientos son espontáneos, se llama su atención sobre el hecho de que esta es una experiencia de MD. El terapeuta pregunta entonces si este mismo proceso puede aplicarse a los pensamientos espontáneos de tipo negativo.

Experimento de supresión-contrasupresión

Cuando los pacientes están muy interesados en controlar y evitar pensamientos específicos, y cuando equiparan erróneamente el concepto del MD con tener la mente en blanco, es muy útil el experimento de supresión-contrasupresión. En este caso, es importante que el terapeuta distinga entre la supresión y el MD con el fin de minimizar los malentendidos del paciente y el uso inadecuado del MD. Esta técnica consiste en un breve periodo durante el cual se intenta suprimir un pensamiento objetivo en contraste con un periodo posterior de conciencia de los pensamientos. Seguidamente se proporciona un ejemplo de esta técnica:

“Es importante que aprenda a diferenciar entre el *mindfulness* y el intento de controlar o evitar los pensamientos. Tratar de detener los pensamientos es una forma de comprometerse activamente con ellos, ya que usted está intentando sacarlos de su mente. Pero empujar algo no es dejarlo tal cual. Por ese motivo, este esfuerzo es contraproducente y le mantiene en contacto con sus pensamientos.

“¿Cómo podemos empujar una puerta sin estar en contacto con ella de alguna manera? Veamos este efecto en acción. Durante los próximos 3 minutos no quiero que piense en una jirafa azul. No se permita tener ningún pensamiento relacionado con la jirafa. Trate de apartarlo. Inténtelo ahora.

“¿Qué ha percibido? ¿Ha pensado en una jirafa azul?”

“Intentemos ahora el *mindfulness* desapegado y veamos qué ocurre. Durante los próximos 3 minutos permita que su mente se mueva libremente y, si tiene pensamientos relativos a jirafas azules, quiero que los observe de manera pasiva como parte del panorama general de los pensamientos. Pruebe eso ahora.

“¿Qué ha experimentado? ¿Qué grado de importancia ha adquirido el pensamiento de la jirafa azul en esta segunda ocasión?”.

El terapeuta debe entonces discutir de qué modo el intento de suprimir los pensamientos les otorga más prominencia e importancia, y cómo puede utilizarse el MD para permitir que los pensamientos se muevan libremente como eventos mentales pasajeros que no requieren una respuesta activa de nuestra parte. El procedimiento puede repetirse pidiendo al paciente que se percate de que es un observador separado del pensamiento.

Asociación libre

El terapeuta pide al paciente que se siente en silencio y observe el “flujo y reflujo” de los pensamientos o recuerdos que los estímulos verbales desencadenan de manera espontánea. El objetivo no es pensar activamente en objetos o recuerdos, sino observar los eventos espontáneos, o la ausencia de este tipo de eventos, en la conciencia. La tarea se presenta de la siguiente manera:

“Con el fin de familiarizarse con el uso del *mindfulness* desapegado, es útil practicar en respuesta a los eventos espontáneos que ocurren en su mente. Al hacerlo, aprenderá a relacionarse con estos eventos de una nueva manera. Seguidamente le diré una serie de palabras. Me gustaría que permitiese que su mente se moviese libremente en respuesta a cada palabra. No controle o analice lo que piensa, tan solo observe cómo responde su mente. Es posible que perciba que no sucede demasiado, pero también puede constatar que las imágenes acuden a su mente. De hecho, no importa lo que suceda. Su tarea es observar pasivamente lo que ocurra sin tratar de influir en ello. Inténtelo cerrando los ojos. Ahora voy a decir algunas palabras: manzana, cumpleaños, playa, árbol, bicicleta, verano, rosas.

“¿Qué ha percibido mientras observaba su mente?”

“La idea es que aplique esta estrategia a sus pensamientos y sentimientos negativos. Tan solo observe lo que hace su mente sin quedar atrapado en ningún proceso de pensamiento”.

La metáfora de las nubes

En algunas versiones de esta tarea, se pedía a los participantes que utilizasen imágenes para responder a los pensamientos: los pensamientos debían ser imaginados como si estuviesen impresos en las nubes, permitiéndoles que se desplazasen por el cielo. Sin embargo, enfocada de este modo, la tarea implica responder a los pensamientos y luego transformarlos. Y, como tal, no es una versión genuina de MD. Ahora se prefiere otra versión en la que las nubes se utilizan simplemente como una metáfora para transmitir la experiencia del MD. El terapeuta explica lo siguiente:

“Una manera de entender el *mindfulness* desapegado y lo que requiere es que experimente sus pensamientos como si fuesen nubes que se desplazan por el cielo. Las nubes son parte del

sistema de autorregulación del clima del planeta y sería imposible e innecesario intentar controlarlas. Trate de considerar que sus pensamientos y sentimientos son nubes que pasan y permítale ocupar su propio espacio y tiempo sabiendo que, a la postre, dejarán de pasar”.

La metáfora del niño travieso

Esta metáfora ayuda al paciente a comprender los diferentes efectos del compromiso activo con los pensamientos versus la conciencia desapegada (“*mindfulness*”). El terapeuta expone la siguiente instrucción:

“Puede pensar que el *mindfulness* desapegado es similar a la forma en que trataría a un niño. ¿Cómo manejaría a un niño que se porta mal en una tienda? Le prestaría gran atención al niño para tratar de controlar su comportamiento. Pero, si lo que reclama el niño es atención, esta respuesta no haría sino empeorar las cosas. Es mejor no ocuparse activamente del niño, sino mantener una vigilancia pasiva sobre él sin hacer nada”.

“Los pensamientos y creencias negativas son como ese niño. Si les prestamos mucha atención, si los controlamos o los castigamos, todavía se comportarán peor. Es mejor no tratar de controlarlos ni de comprometerse activamente con ellos, sino simplemente mantener una actitud vigilante en general. Mientras lo hace, intente ser consciente de usted mismo como observador de todas estas cosas”.

El bucle verbal

La repetición continua de los pensamientos, ya sea con un dispositivo de grabación o mediante la vocalización repetida, tiene el efecto de disminuir su importancia atencional y restarles significado porque llegan a experimentarse más como sonidos que como transmisores internos de información. Esta técnica se presenta con la siguiente justificación metacognitiva:

“Me gustaría que escuchase una grabación de sus pensamientos intrusivos [o bien se repite en voz baja el pensamiento...]. A medida que lo haga, debe relacionarse con ellos de una manera especial. Trate los pensamientos como un conjunto de sonidos sin considerarlos de otro modo. Son simplemente sonidos en el mundo exterior. No olvide, mientras escucha, que usted tan solo es un oyente que se halla completamente seguro, sabiendo que los pensamientos no son hechos, sino meros eventos mentales”.

El desapego: el yo observador

Hemos visto que el desapego incluye desconectarse del control y los procesos conceptuales, así como experimentar los pensamientos o creencias en tanto que observador sin ninguna otra sensación de división en la conciencia. Es una sensación sentida, nuclear e indivisible, que no posee ninguna referencia propositiva y ningún punto de retroceso. Es un sentido singular de uno mismo, un estado en el que el individuo es el observador del pensamiento y está separado de él.

Este nivel y experiencia del MD se alcanza formulando preguntas a los pacientes, los cuales deben dirigir su atención de una manera particular durante la monitorización de sus pensamientos. Estas preguntas se incorporan por lo general a las técnicas experienciales antes descritas para intensificar la experiencia del MD, una vez que se alcanza la conciencia y la interrupción del procesamiento conceptual. De manera más específica, se pregunta al paciente durante estos ejercicios:

“¿Es usted el pensamiento o la persona que lo observa? Trate de ser consciente tanto de su posición como de lo que significa ser el observador. Usted existe completamente al margen de los pensamientos”.

O bien:

“¿Es usted la creencia o la persona que observa la creencia? Intente ser consciente del modo en que su conciencia, en tanto que observador, está separada de sus creencias”.

La técnica de la fantasía

Lo habitual es que experimentemos en el modo objeto nuestras fantasías. Nos sumergimos completamente en ellas y las vivimos como si fuesen reales provisionalmente. La práctica de cambiar a la posición de observador independiente durante las fantasías puede proporcionar una poderosa experiencia subjetiva del MD.

El terapeuta propone al paciente que se sumerja en una fantasía placentera, como conducir un coche exótico o tomar champán en una playa del Caribe. Entonces pide al paciente que permita que la fantasía continúe pero que, mientras esta se desarrolla, tome cierta distancia y sea consciente de sí mismo en el presente como observador.

Reforzadores del *mindfulness* desapegado (diálogo socrático)

Al completar los ejercicios experienciales, el terapeuta refuerza el MD durante el curso del tratamiento formulando preguntas en el momento en que se activa un pensamiento o creencia negativa. Entre estas preguntas se incluyen las siguientes:

“¿Es usted la creencia o la persona que observa y utiliza esa creencia?”.

“¿Es importante ese pensamiento o es un evento pasajero en su mente?”.

“¿Puede verse a sí mismo separado de esa idea?”.

“¿Cuáles son las ventajas de practicar la separación de ese pensamiento?”.

“En el futuro, ¿será capaz de separar su sentido del yo de la mera ocurrencia de ese pensamiento?”.

Tareas entre sesiones

La práctica del MD se asigna como tarea para llevar a cabo en casa. Se instruye al paciente para que perciba los factores desencadenantes de la preocupación/rumiación y las conductas ineficaces de afrontamiento como la evitación/supresión (el SCA) y que aplique el MD a dichos desencadenantes.

Revisar durante las primeras sesiones la gama de pensamientos a los que se aplica el MD, con el fin de incrementar su aplicación y aumentar el conocimiento del paciente sobre los factores desencadenantes del SCA.

Vigilar que el MD no se aplique de manera inapropiada como una estrategia de afrontamiento dirigida a prevenir falsas amenazas.

Para determinar la frecuencia más efectiva de la técnica, el terapeuta pregunta acerca de la proporción de desencadenantes a los que se ha aplicado el MD. Como regla general, el terapeuta aspira a alcanzar una tasa de aplicación del 75% durante el tratamiento. El uso efectivo del MD también puede medirse examinando las puntuaciones en el material SCA-1. En particular, los puntos 1 y 3 (preocupación y afrontamiento) son indicativos de un nivel de compromiso inadecuado con los desencadenantes internos (es decir, la antítesis del MD).

La técnica se introduce durante la primera o la segunda sesión, pero no se practica de manera intensiva posteriormente.

Durante su aplicación, el terapeuta normalmente efectúa un seguimiento de los objetivos del paciente en el uso de la técnica y supervisa los ejemplos para asegurarse de que se utiliza del modo adecuado. El terapeuta debe ser consciente del mal uso del MD como técnica de distracción, como medio para evitar la amenaza anticipada y como medio de controlar la ansiedad.

Durante el tratamiento posterior quizá sea necesario prohibir el uso del MD como preludeo o en conjunción con los experimentos diseñados para cuestionar las creencias negativas referentes a la pérdida de control y el peligro de determinados pensamientos y síntomas. Es posible que el uso continuo del MD impida que algunos pacientes descubran que no pueden perder el control mental, ya que atribuyen la no ocurrencia de esa catástrofe al uso de la técnica.

Apéndice N. Instrucciones y Formato para la Práctica del Entrenamiento Atencional

Entrenamiento Atencional

Tras la exposición de la justificación, el terapeuta efectúa una comprobación de la credibilidad para determinar hasta qué punto el paciente percibe que la técnica le será provechosa. Para ello, debe formular la siguiente pregunta:

“¿En qué medida cree que será útil para usted practicar esta técnica? ¿Puede darme una puntuación en una escala de 0, es decir, ninguna utilidad, a 100, lo que significa de gran ayuda?”.

Deberían explorarse los niveles bajos de credibilidad (es decir, menos de 40) con el fin de reforzar los fundamentos del EA. El terapeuta incrementa la credibilidad al revisar las experiencias del paciente, en las que se enfoca más en sí mismo, y llama su atención sobre el impacto que eso tiene en sus pensamientos y creencias. Entonces puede comparar esto con los efectos positivos que tiene absorberse en actividades externas para ilustrar el papel de la atención y la importancia de fortalecer el control sobre ella.

Autoatención

El grado de atención dedicada a uno mismo es un índice importante de la eficacia del procedimiento para contrarrestar el SCA (recordemos que la atención a uno mismo es una característica y un marcador del SCA). Se utiliza una escala de puntuación de 7 puntos para medir el grado y el cambio en la atención a uno mismo.

“En este momento, ¿en qué medida enfoca su atención en usted mismo o en su entorno externo? Indíquemelo señalando un número en la siguiente escala”:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Completamente centrado en el exterior			En	Completamente centrado en mí mismo		
proporciones iguales						

El terapeuta revisa la puntuación de la atención en uno mismo antes de la primera sesión de práctica del EA y luego inmediatamente después de la práctica. Es habitual conseguir una reducción de por lo menos 2 puntos del foco en uno mismo después de la primera sesión de práctica. Si esto no sucede, el terapeuta explora las posibles razones de la ausencia de un cambio positivo y se ocupa de abordarlas. La causa de que se produzcan pocos cambios puede deberse a una falta de esfuerzo originado en la baja credibilidad en la justificación o al uso de estrategias contraproducentes durante la práctica, tales como la supresión del pensamiento, la fantasía y la desviación de la atención hacia la preocupación. En estos casos, debe reforzarse la justificación y conceder mayor importancia a priorizar la tarea de la atención que los procesos que compiten entre sí. La técnica debe entonces practicarse de nuevo.

Instrucciones

A continuación, se proporciona una serie de instrucciones para implementar el EA. En dichas instrucciones, los diferentes sonidos se designan como *S1*, *S2*, *S3*, etcétera. Aunque al menos tres de estos sonidos son uniformes y discretos, algunos de los sonidos designados se refieren a menudo a ubicaciones espaciales en las que no hay ningún sonido uniforme predeterminado.

“Quiero que concentre su mirada en un punto que he colocado en la pared. Durante el ejercicio trate de

mantener los ojos fijos en ese punto. Voy a pedirle a continuación que centre su atención en diferentes sonidos dentro y fuera de esta habitación. También le pediré que preste atención de distintas maneras. No importa si en su mente hay pensamientos y sentimientos. El objetivo es llevar a cabo la práctica de enfocar su atención, sin que importe lo que pueda llegar a su conciencia.

“Para empezar, céntrese en el sonido de mi voz (S1). Preste mucha atención a ese sonido. Ningún otro sonido importa. Intente depositar toda su atención en mi voz. Ignore todos los demás sonidos que le rodean. Puede escucharlos, pero trate de depositar toda su atención en el sonido de mi voz. Concéntrese tan solo en el sonido de mi voz. Ningún otro sonido importa. Concéntrese en este sonido.

“Ahora preste atención al sonido que produzco al dar golpecitos en el escritorio (S2). Preste mucha atención a ese sonido, de modo que no haya otros sonidos (pausa). Trate de depositar toda su atención en el sonido de los golpecitos (pausa). Observe detenidamente el sonido de los golpecitos (pausa). Si su atención comienza a distraerse o se ve atraída por otro sonido, vuelva a enfocarse en el sonido de los golpecitos (pausa). Ningún otro sonido importa. Preste a este sonido toda su atención (pausa). Siga monitorizando este sonido y, si se distrae, vuelva a prestarle atención (pausa).

“Ahora concéntrese en el siguiente sonido (S3; por ejemplo, el tic-tac de un despertador) (pausa). Preste mucha atención a este sonido. Ningún otro sonido importa (pausa). Intente depositar toda su atención en el tictac del despertador (pausa). Vigile estrechamente el sonido producido por el despertador (pausa). Si su atención se desvía o se ve atraída por otro sonido, vuelva a enfocarse en el despertador (pausa). Ningún otro sonido importa. Ponga toda su atención en este sonido (pausa). Siga vigilando este sonido y, si se distrae, vuelva a prestar atención a este sonido tan pronto como pueda (pausa).

“Ahora concentre su atención en los sonidos que puede escuchar, en el exterior, cerca de esta habitación. Concéntrese en el espacio exterior que hay detrás de usted (S4). Preste mucha atención a ese espacio y trate de detectar los sonidos que ocurran en dicha zona [si destaca algún sonido en concreto, el terapeuta llama la atención sobre él]. Aunque de entrada no capte ningún sonido, mantenga su atención en ese espacio. Trate de prestarle toda su atención (pausa). Vigile los sonidos que se producen en esa zona (pausa). Si su atención empieza a oscilar o se ve atraída por un sonido procedente de otra zona, vuelva a enfocarse en el lugar original. Ningún otro sonido importa. Deposite toda su atención en esa zona y en lo que pueda escuchar ahí. Siga alerta a lo que ocurre y, en el caso de distraerse, devuelva la atención a dicha zona (pausa)”.

Las instrucciones del párrafo anterior se repiten con otros sonidos adicionales (S5-S7) y/o espacios (por ejemplo, a la izquierda, a la derecha y en la lejanía).

“Ahora que ha identificado y practicado la atención con algunos sonidos y emplazamientos específicos, le voy a pedir que alterne rápidamente su atención entre ellos mientras los nombro (pausa). En primer lugar, concéntrese en el sonido del golpeteo (S2), ningún otro sonido importa ahora (pausa). Cambie su atención y concéntrese en lo que puede escuchar, detrás de usted, en una distancia cercana (S4) (pausa). Preste mucha atención a ello (S4), ningún otro sonido importa. Ahora dirija su atención a este sonido (S7), ningún otro sonido importa (pausa). Vuelva a prestar atención ahora al tictac del despertador (S3) (pausa). Ahora cambie y concéntrese en el sonido del golpeteo (S2) (pausa). Ahora enfóquese en este sonido (S6) (pausa), ahora en este otro sonido (S5) (pausa), (S4)... (S2)... (S3)... etcétera.

“Por último, quiero que aplique su atención con la mayor amplitud y profundidad posible. Intente captar al mismo tiempo todos los sonidos y todas las ubicaciones que haya identificado. Trate de enfocar y de ser consciente simultáneamente de todos los sonidos dentro y fuera de esta sala (pausa). Cuente mentalmente la cantidad de sonidos que es capaz de escuchar al mismo tiempo (pausa). Trate de escucharlo todo simultáneamente. Contabilice el número de sonidos que puede oír de esta manera.

“Aquí concluye el ejercicio. ¿Cuántos sonidos ha podido escuchar al mismo tiempo?”.

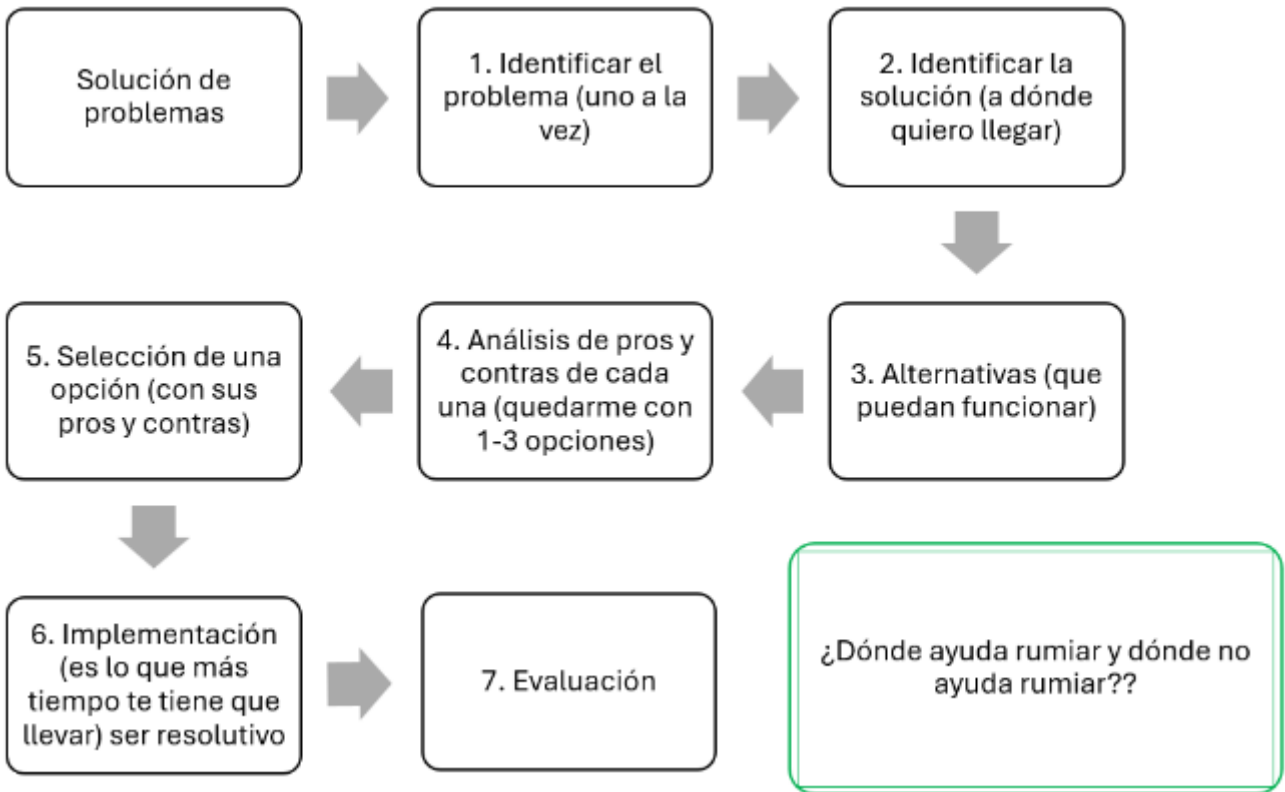
Resumen de las Técnicas de Entrenamiento en la Atención

Ya ha practicado con su terapeuta la técnica de entrenamiento en la atención (EA). Sin embargo, para que la técnica funcione, necesita practicarla usted solo como tarea. Estas notas están pensadas para ayudarle a ello y proporcionarle un medio de monitorizar su práctica.

1. Debe encontrar un lugar para practicar donde pueda producir o identificar una gama de diferentes sonidos (por lo menos tres, pero cuanto más mejor). Hable de ello con su terapeuta. Los sonidos potenciales que puede producir y utilizar son:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
 - e. Sonidos que pueden ocurrir en el exterior a una distancia cercana
 - f. Sonidos que pueden ocurrir a una distancia lejana
 - g. Sonidos que pueden aparecer a la izquierda
 - h. Sonidos que pueden aparecer a la derecha
2. Practique durante 10-12 minutos del siguiente modo: Aproximadamente 5 minutos enfocándose en diferentes sonidos individuales; 5 minutos cambiando rápidamente entre ellos/ubicaciones; 2 minutos de división de la atención.
3. Anote, por favor, los días en que ha practicado marcando con una X la tabla inferior.

	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Apéndice Ñ. Diagrama de Solución de Problemas Considerando la Rumiación



Apéndice O. Entrevista de seguimiento
Entrevista de seguimiento

Fecha: _____

En general, ¿cómo te ha ido después de finalizada la intervención en cuanto a la rumiación limerente?

¿En cuanto a los demás síntomas de la limerencia?

¿Cómo describirías tu estado emocional actual en comparación con el que tenías al finalizar la intervención?

¿Qué es lo que más se ha quedado contigo de la intervención?

¿Qué consideras que se te ha olvidado?

¿Qué herramientas/técnicas para manejar la rumiación limerente se han quedado contigo y has seguido usando desde que terminó la intervención?

¿Has podido identificar cuando estás rumiando sobre tu OL? ¿Cómo ha sido esa experiencia?

¿Has podido reconocer las creencias metacognitivas detrás de tus pensamientos sobre el OL en tu vida cotidiana? ¿Cómo ha sido esa experiencia?

¿Has podido aplicar las estrategias de solución de problemas en cuanto a tu OL? ¿y en otras situaciones de tu vida diaria? ¿Cómo ha sido esa experiencia?

¿Has podido aplicar las estrategias de *mindfulness* desapegado en cuanto a tu OL? ¿y en otras situaciones de tu vida diaria? ¿Cómo ha sido esa experiencia?

¿Has podido aplicar las estrategias de entrenamiento atencional en cuanto a tu OL? ¿y en situaciones de tu vida diaria? ¿Cómo ha sido esa experiencia?

¿Consideras que has logrado reducir la rumiación disfuncional acerca de tu OL desde que finalizó la intervención? ¿Por qué?

¿Has sentido la necesidad de buscar apoyo adicional (terapia, consejería, etc.) después de la intervención?

¿Te gustaría recibir más sesiones de seguimiento o refuerzo de las estrategias aprendidas?

¿Hay algún tema o habilidad que te gustaría trabajar más en el futuro?

¿Hay algo más que quieras compartir sobre tu experiencia o los resultados de la intervención desde que finalizó?

Apéndice P. Invitación virtual para participar

¿LIDIANDO CON OBSESIÓN ROMÁNTICA?

¿QUÉ BUSCAMOS?

- ¿Estás tratando de liberarte de una obsesión romántica por alguien, pero sientes que no puedes y que estás al borde de la desesperación?
- ¿Alguna vez te has preguntado por qué desarrollas enamoramientos obsesivos por personas de las que no puedes desprenderte y que ocupan gran parte de tu mente y tu día?
- ¿Anhelas una conexión sana y recíproca con alguien que pueda estar contigo y demostrarte su cariño?

¿QUÉ IMPLICA PARTICIPAR?

- Persona que esté atravesando por rumiación limerente (pensamientos obsesivos e intrusivos relacionados con alguien que les gusta)
- Mayor de 18 años
- Comorbilidades de ansiedad y depresión leve a moderada; sin alguna adicción
- Disponibilidad los martes de 2 a 3:30 pm para atenderse en ICSA-UACJ
- Recibir una intervención metacognitiva de manera gratuita. 8 sesiones (1 por semana). Material incluido. Total confidencialidad
- Al participar comprenderás qué significa experimentar limerencia por alguien (un amigo, una celebridad, un compañero, colega, etc.), cómo tu mente te mantiene atrapado en este ciclo de obsesión y qué puedes hacer para romperlo y abrirte a una relación sana y recíproca.

INFORMES O PARTICIPACIÓN

- Para mayor información: Envía mensaje a este perfil
- Para agendar entrevista de admisión manda mensaje a este perfil o comunícate al 6562112022, con Alejandra Tiscareño
- Comparte con quien creas que le puede servir

Apéndice Q. Plan de Tratamiento para Presentar al Paciente

Plan de tratamiento

