

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EAP de Psicología



Una Institución Adventista

Tesis presentada para obtener el título profesional de Psicólogas

**Dependencia emocional y pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino
con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana**

Alumnas:

Diana Stephany Aliaga Quispe

Jacqueline Susan Travezaño Huaman

Asesor:

Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, Octubre de 2015

Con cariño dedicamos este trabajo a nuestros padres, familia y amigos cercanos por su incondicional apoyo.

A nuestro maestro y amigo Sixto Bonifacio por acompañarnos y contagiarnos el amor por la psicología clínica.

De forma muy especial, dedicamos esta investigación a aquellas mujeres que “aman demasiado” y que nubladas por esquemas cognitivos distorsionados y una carencia de amor propio se someten a maltratos de toda índole por parte sus parejas; deseando profundamente que este estudio pueda servir como referencia para conseguir un correcto diagnóstico de esta patología tan incapacitante y el abordaje oportuno.

Agradecimiento

Agradecemos principalmente a nuestro amado Dios, de quién parte nuestra principal motivación por ser psicólogas y por poner en nuestros corazones y mentes el deseo férreo por servir a la sociedad mediante nuestros conocimientos y talentos,

Un agradecimiento muy especial a Lizardo y Jimy por su cariño, apoyo y motivación constantes en momentos complicados a lo largo del proceso de este delicado estudio.

A nuestro asesor Wildman Vilca, por la exigencia y por compartirnos su pasión por la investigación.

Muchas gracias a nuestros docentes de nuestra querida alma máter por esta oportunidad, motivación y conocimientos impartidos para realizar esta tesis, siendo necesario recalcar la especial labor de nuestra docente de investigación, Dámaris Quinteros, de quien admiramos su amor por la investigación.

Agradecemos profundamente a nuestros amigos y ahora colegas psicólogos del Hospital de Salud Mental Hermilio Valdizán por apoyarnos significativamente durante esta esforzada y bonita experiencia investigadora.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación significativa entre dependencia emocional y pensamientos automáticos en 50 pacientes femeninas con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, para lo cual se siguió un diseño no experimental de corte trasversal. Se utilizó el Cuestionario de Dependencia Emocional de Lemos y Londoño, y el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján. Los resultados muestran que existe relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos; evidenciándose que las relaciones más significativas se dan con los pensamientos automáticos filtraje ($r=,546$; $p<,05$), falacia de cambio ($r=,583$; $p<,05$); sobregeneralización ($r=,507$; $p<,05$); debería ($r=,500$; $p<,05$) y culpabilidad ($r=,459$; $p<,05$), revelando que a mayor frecuencia de éstos, mayor será el nivel de dependencia emocional en la muestra estudiada.

Palabras Claves: Dependencia emocional, pensamientos automáticos, depresión, pareja.

Abstract

The aim of the present research was to determine whether exists a relevant relationship among emotional dependence and automatic thoughts in 50 female patients with depression of a psychiatric hospital of the metropolitan area of Lima, for which we followed a non-experimental design of transversal cut. The Emotional Dependence Questionnaire by Lemos and Londoño and the Automatic Thoughts Inventory by Ruiz and Lujan were used. The results show that exists a significant relationship among emotional dependence and automatic thoughts, in which is evident that the most significant relationships are perceived with the automatic thoughts filtering ($r=,546$; $p<,05$), fallacy of change ($r=,583$; $p<,05$); overgeneralization ($r=,507$; $p<,05$); the must ($r=,500$; $p<,05$) and guiltiness ($r=,459$; $p<,05$), revealing that more frequency of these thoughts, the more will be the level of emotional dependency in the studied sample.

Key words: Emotional Dependence, Automatic Thoughts, Depression, Partner.

Índice

Capítulo I	1
El problema	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Formulación del problema.....	3
2.1. Problema general.	3
2.2. Problemas específicos.....	4
3. Justificación	6
4. Objetivos.....	7
4.1. Objetivo General.....	7
4.2. Objetivos específicos.	7
Capítulo II	10
Marco teórico	10
1. Marco bíblico filosófico	10
2. Antecedentes.....	12
3. Marco conceptual	18
3.1. Dependencia emocional.....	18
3.1.1. Definición.....	18
3.1.2. Diferencia de la dependencia emocional y otros constructos.	19
3.1.3. Características de las personas con dependencia emocional.....	30
3.1.4. Fases de las relaciones de pareja de los dependientes emocionales.....	37
3.1.5. Factores causales.....	44
3.1.6. Aproximaciones Teóricas.....	48
3.1.7. Terapias de intervención.	49
3.2. Pensamientos automáticos	56

3.2.1.	Características de los pensamientos automáticos.....	57
3.2.2.	Tipos de pensamientos automáticos.....	57
3.3	Esquemas.....	63
3.4	Relación entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos...	65
3.5	Depresión.....	68
3.5.1	Definición.....	68
4.	Hipótesis de la investigación	72
4.1.	Hipótesis general.....	72
4.2	Hipótesis específicas.....	72
Capítulo III.....	75
Materiales y métodos	75
1.	Método de la investigación.....	75
2.	Variables de la investigación.....	75
2.1.	Identificación de las variables.....	75
2.1.1.	Dependencia emocional.	75
2.1.2.	Pensamientos automáticos.	76
2.2.	Operacionalización de las variables.....	77
3.	Delimitación geográfica y temporal	78
4.	Población y muestra.....	78
4.1.	<i>1 Criterios de inclusión y exclusión.</i>	79
4.3	<i>Características de la muestra.</i>	80
5.	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	80
5.1.	Instrumentos.....	80
5.2.	Proceso de recolección de datos.	81
6.	Procesamiento y análisis de datos.	82
Capítulo IV	83
Resultados y discusiones.....	83
1.	Resultados	83

1.1 Análisis descriptivo.....	83
Conclusiones y recomendaciones.....	94
1. Conclusiones.....	94
2. Recomendaciones.....	96
Referencias	97

Introducción

En la actualidad un gran número de mujeres en el Perú y el mundo son víctimas de violencia doméstica y feminicidio, problemáticas que los medios de comunicación exhiben día a día. Son muchos los casos en los que las mujeres retiran las denuncias hechas a sus parejas después de experimentar humillaciones, críticas altamente negativas, infidelidades y agresiones de tipo físico y psicológico para después volver a lado de éstos. Es entonces que la dependencia emocional surge como una explicación para ambas problemáticas cada vez más frecuentes en nuestra sociedad.

Por consiguiente, el estudio de la dependencia emocional se convierte en un tema de preocupación para los profesionales de la salud mental y pública que merece ser analizado en relación a las distorsiones cognitivas en pacientes con depresión.

En el primer capítulo del presente trabajo explicaremos y plantaremos con mayor detalle la problemática a investigar, los objetivos que nos trazamos y a su vez, justificaremos y daremos la importancia pertinente el cual avala nuestro estudio.

En el segundo capítulo, mostramos el marco teórico de la investigación, mediante el cual brindaremos la información necesaria para describir las variables psicológicas escogidas. Además, presentaremos trabajos nacionales e internacionales de diversos autores que han realizado estudios similares en dicha población.

En el tercer capítulo, se describe el método de la investigación, señalando el diseño del estudio, los participantes que conformación la muestra, sus respectivos datos sociodemográficos y los criterios de inclusión y exclusión para ser seleccionados. Luego se presentaran los instrumentos para medir las variables, cada uno con sus aspectos

psicométricos. Y para finalizar se explica detalladamente el procedimiento que se realizó para estructurar el trabajo en mención y los aspectos éticos que tomamos en cuenta.

En el cuarto capítulo, inicialmente se muestran los resultados con los aspectos psicométricos de los cuestionarios, donde se detallan la confiabilidad y validez de los instrumentos. Seguido del análisis exploratorio de los datos y por último los resultados descriptivos, comparativos y correlacionales de las variables. Además, se plantea la discusión del estudio, donde comparamos los resultados obtenidos con la teoría encontrada sobre el tema de la investigación y con los diversos estudios realizados por otros autores.

Para finalizar, en el quinto capítulo, evidenciamos las conclusiones del estudio y las recomendaciones para futuras investigaciones.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La dependencia emocional es un constructo cuyo estudio e investigación continúa siendo escaso en la actualidad; no obstante, su prevalencia en la actividad clínica es frecuente y en muchos casos es la base de algunos trastornos afectivos (Riso, 2003; Castelló, 2005 y Sirvent y Moral, 2007). Riso (2003) sostiene que la mitad de las consultas psicológicas se deben a problemas ocasionados o relacionados con la dependencia patológica interpersonal, principalmente con la pareja y que en muchos casos, a pesar de lo nocivo de la relación, las personas son incapaces de ponerle fin a la misma. Asimismo, este fenómeno se encuentra estrechamente vinculado con la violencia doméstica, que incluso ha sido sugerido tanto para explicar el comportamiento de algunas mujeres víctimas de este tipo de violencia como para fundamentar la posesividad de los maltratadores (Castelló, 2005). En relación a ello las estadísticas a nivel mundial refieren que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, asimismo el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (ONU, 2013).

Castelló (2005) define la dependencia emocional como la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones

sentimentales. La dependencia emocional está relacionada también con psicopatologías del estado del ánimo, mayormente las que se desprenden del espectro ansioso-depresivo (Castelló, 2005), siendo su relación con la depresión la que más se ha estudiado. Sanathara, Garder, Prescott y Kendler (2003) sugieren que existe una fuerte asociación entre ambas variables, considerándose a la dependencia emocional como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión mayor. Asimismo Bornstein y O'neil (2000) encontraron que la dependencia emocional se asociaba con altas puntuaciones en el índice de suicidio en mujeres y varones. Castelló (2005) menciona además que la historia de experiencias infantiles de estas personas está caracterizada por adversidades significativas que han generado disfuncionalidades en sus esquemas y pautas de interacción.

En relación a ello Beck (1995) define los pensamientos automáticos como las palabras o imágenes que pasan por la mente de la persona, expresándose principalmente en inferencias que actúan sobre el tipo de reacción emocional, conductual y fisiológica que se tendrá en situaciones actuales específicas, y pueden ser considerados como el nivel más superficial de cognición. Castelló (2005) y Lemos y Londoño (2006) afirman que la dependencia emocional está vinculada directamente con los procesos cognitivos de las personas que manifiestan esta patología. Es posible que las personas dependientes emocionalmente, tengan un perfil cognitivo diferente a otras personas, que hace que interpreten los hechos de manera diferente, el cual está orientado a cubrir sus necesidades emocionales insatisfechas desde la infancia. A esto Beck (1987) y Caro (1997) añaden que la actividad primaria del sistema del procesamiento de información, está basado en la forma en cómo se interpretan las situaciones que influyen sobre las emociones, motivación y comportamiento de las personas, llevando a que sus sentimientos no estén determinados por la situaciones, sino por la forma en cómo las interpretan.

Así también Bireda (1998), manifiesta que la dependencia emocional encuentra su origen en un conjunto de respuestas que se aprenden desde la infancia. Considerando que ésta se mantiene por una asunción de creencias distorsionadas y desadaptativas, donde exhibe su autoconcepto desvalorado y con un marcado sentimiento de autorrechazo.

Asimismo las actitudes de los dependientes emocionales están orientadas a mantener la cercanía interpersonal, como consecuencia de sus creencias y pensamientos erróneos en relación a su autoconcepto, a la relación con los otros y del valor que le otorga a la amistad, la cercanía, la afiliación, la soledad, la separación, la intimidad y la interdependencia (Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff, 1977; citado por Lemos, 2007). Por otro lado Lemos y Londoño (2006) afirman que existe una diferencia significativa en cuanto a las distorsiones cognitivas que mantienen las dependientes emocionales de las no dependientes, siendo las más significativas los deberías y la falacia de control.

Por consiguiente, el estudio de la dependencia emocional se convierte en un tema de preocupación para los profesionales de la salud mental y pública que merece ser analizado en relación a las distorsiones cognitivas en pacientes con depresión.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general.

¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?

2.2.Problemas específicos.

- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático filtraje en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático pensamiento polarizado en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático sobregeneralización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático interpretación del pensamiento en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático visión catastrófica en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático personalización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de justicia en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?

- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático razonamiento emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de cambio en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático etiquetas globales en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático culpabilidad en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático deberías en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de razón en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?
- ¿Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de recompensa divina en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana?

3. Justificación

Esta investigación es relevante a nivel teórico, ya que la información obtenida podrá dar a conocer mejor a la dependencia emocional, puesto que es una variable poco estudiada en nuestro medio, además cuenta con la particularidad de que dicho estudio se efectuó haciendo uso de una muestra de pacientes femeninas con depresión, lo cual nos permitió conocer e identificar las distorsiones cognitivas que poseen este tipo de pacientes y determinar si existe relación con la dependencia emocional.

A nivel clínico, los resultados del presente estudio aportarán información a los profesionales de la salud mental acerca de la existencia de una relación entre ambas variables y por consiguiente, les permitirá explorar cuáles son los pensamientos automáticos que poseen dichas pacientes y de esta manera brindarles un plan de intervención oportuno y acertado en la psicoterapia individual.

A nivel práctico, los resultados del presente estudio contribuirán para la elaboración e implementación de programas de prevención, tanto primaria como secundaria, los cuales podrían desarrollarse en ámbitos como la comunidad, la escuela, la familia, entre otros.

Finalmente, los resultados del presente estudio incrementará el interés de los profesionales de la salud mental por estudiar esta patología tan incapacitante y su relación con otras patologías tales como los trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos, actitud a la violencia doméstica, actitud de dominio y sometimiento, adicciones, entre otros.

4. Objetivos

4.1.Objetivo General.

Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

4.2.Objetivos específicos.

- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático filtraje en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático pensamiento polarizado en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático sobregeneralización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático interpretación del pensamiento en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático visión catastrófica en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático personalización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de justicia en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático razonamiento emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de cambio en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático etiquetas globales en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático culpabilidad en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático deberías en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de razón en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

- Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de recompensa divina en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

Capítulo II

Marco teórico

1. Marco bíblico filosófico

White (1975) menciona que los pensamientos distorsionados son la causa de muchas enfermedades, siendo la enfermedad mental la que más prevalece, encontrándose que un gran porcentaje de personas que sufren tiene su fundamento en éstos. Muchas veces los sentimientos de culpa por actos poco morales cometidos, o la mala interpretación de algunas realidades, puede desequilibrar la mente, todo esto por presentar pensamientos erróneos y distorsionados acerca de las situaciones desfavorables lo cual producen resultados en las mentes sensibles.

Asimismo, la biblia expresa que los jóvenes debieran empezar temprano a cultivar correctos hábitos de pensamiento, que les permitan disciplinar sus mentes a pensar de forma saludable, no permitiendo esparcirse en los pensamientos erróneos y la falsa percepción de la verdad. El salmista manifiesta que las personas son el reflejo de sus pensamientos; del mismo modo sus sentimientos y comportamiento están ligados a éstos. Proverbios.

Por otro lado, White (1987) hace referencia al amor, como un sentir que debería tener su origen en el pensamiento racional. El amor es un sentimiento que pocos conocen realmente; dado que muchos son impulsados por la fascinación, la pasión y la ilusión atribuyendo a

esas sensaciones el concepto de amor; sin embargo, el amor verdadero tiene como fundamento un conocimiento profundo, cabal del ser amado y de sí mismo. En contraste a esto existen personas necesitadas de afecto que buscan atrapar objetos de amor y depositar en ellos pensamientos y afectos, volviéndose en relaciones desequilibradas; siendo esto un acto irracional, carente de juicio. Así también, enfatiza que las emociones y deseos deben estar sujetos y controlados por la razón; además argumenta y aconseja que jamás se debería permitir que las emociones dominen el juicio (White, 1983).

Una de las características básicas de una persona con dependencia emocional es la baja autoestima; y que en su incidencia mayor son femeninas (Castelló, 2005). A esto White (1998) considera que una mujer que asume y se resigna a las demandas e imposiciones de su pareja, aún en los más pequeños detalles, somete su propia identidad, negándose la oportunidad de ser bendición en su hogar y en la sociedad. Se constituye en una persona que carece de autonomía siendo manipulada por los demás, en especial por su conyugue, reduciendo su individualidad y amor propio. Cuando una mujer rinde su cuerpo y su mente al control de su marido, adoptando una posición pasiva ante la voluntad del esposo en todo, sacrifica su conciencia, dignidad e identidad, perdiendo así la oportunidad de ejercer la poderosa influencia que posee para elevar a su esposo (White, 1993). Estas manifestaciones de sumisión de una esposa dependiente y manipulada por su pareja, es producto del carente afecto a sí misma; se debiera tomar precaución contra el egoísmo y la poca autoestima, pues son enemigos más acérrimos de las algunas mujeres. Si estas personas podrían entender cuan valiosas son, podrían encontrar valía donde suponen que hay insignificancia, insignificancia donde suponen que hay grandeza (White, 1982).

2. Antecedentes

Actualmente las investigaciones de tipo correlacional con respecto a la y la dependencia emocional y los pensamientos automáticos son escasas, ya que la primera está siendo estudiada recientemente por la comunidad científica. En el ámbito internacional se han encontrado un mayor número de investigaciones; no obstante, en el ámbito nacional se halló un estudio. A continuación se detallan las investigaciones realizadas tanto internacionalmente como en el Perú.

La revisión de los antecedentes de la investigación ha dado lugar a un único estudio en el que se relacionan ambas variables, el cual fue realizado por Lemos en el 2007 en la Universidad CES de Medellín; de diseño no experimental y tipo correlacional con la finalidad de identificar las distorsiones cognitivas que mejor discriminan las personas que presentan dependencia emocional. Contó con una muestra de 116 personas laboralmente activas pertenecientes al área metropolitana de Medellín con edades entre 18 y 55 años. Utilizó el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). Encontró diferencias significativas en el procesamiento de información en las personas con dependencia emocional, con mayor número de distorsiones cognitivas, siendo los deberías y las falacias de control las que más refuerzan los esquemas de dependencia emocional.

Nuevamente en Colombia, Jaller y Lemos (2009) realizaron un estudio de tipo no experimental y diseño correlacional, con el objetivo de identificar los esquemas desadaptativos tempranos presentes en estudiantes universitarios con dependencia emocional hacia su pareja. Para lo cual contó con una muestra de 569 estudiantes universitarios de ambos sexos entre las edades de 16 a 39 años, a quienes se les administró el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) y el Cuestionario de Esquemas

Desadaptativos Tempranos (YSQ-L2). Los resultados obtenidos demostraron la existencia de un modelo conformado por esquemas desadaptativos tempranos de desconfianza/abuso e insuficiente autocontrol. Dichos esquemas encontrados explican la vulnerabilidad cognitiva de la dependencia emocional, evidenciando creencias sobre la impredecibilidad de la satisfacción de necesidades afectivas y la necesidad de evitar el malestar, a expensas de la realización personal.

Por otro lado, Moral y Sirvent (2009) realizaron una investigación en España, cuyo objetivo era realizar un análisis clínico y psicosocial de la dependencia afectiva. Contó con la participación de 78 pacientes diagnosticados con dependencia afectiva, provenientes de un centro de tratamiento de drogodependencia a quienes se les administró el Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100). Los resultados indicaron que los dependientes afectivos experimentan una dependencia pura con posesividad y manifestación de craving y abstinencia, presentando desajustes afectivos en forma de sentimientos negativos e inescapabilidad emocional, manifiestan conflictos de identidad y usan un locus de control externo. Asimismo, se halló que los varones son más buscadores de sensaciones y se muestran más inflexibles y las mujeres emplean más mecanismos de negación y no afrontamiento con conciencia de problema nula o distorsionada.

Lemos, Jaller, González, Días y De La Ossa (2010), realizaron una investigación de tipo no experimental cuya finalidad era identificar el perfil cognitivo de estudiantes universitarios con dependencia emocional. Para llevar a cabo esta investigación se tuvo una muestra de 569 estudiantes de la Universidad CES de Medellín y se utilizaron el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE), el Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young, el Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP), el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Modificado. Los resultados señalaron que las personas con dependencia emocional presentaban un perfil cognitivo caracterizado por un esquema desadaptativo temprano de desconfianza/abuso, creencias centrales paranoides y dependientes, una distorsión cognitiva de falacia de cambio y autonomía como estrategia hipodesarrollada de afrontamiento.

Por su parte, Pérez (2011) realizó un estudio en Ecuador de tipo no experimental y diseño correlacional, el cual pretendía hallar una relación entre la dependencia emocional y la autoestima. La muestra estuvo conformada por 24 mujeres atendidas en el Instituto Tierra Nueva, entre 25 y 55 años de edad, que tuvieran una relación de pareja conflictiva en el momento. Se hizo uso del Inventario de Autoestima de Coopersmith y de la entrevista clínica. Se obtuvieron conclusiones estadísticamente significativas entre la dependencia emocional y una baja autoestima.

Con respecto a las investigaciones efectuadas sobre distorsiones cognitivas, Maldonado (2013) realizó un estudio de campo no experimental, de diseño correlacional, su objetivo era encontrar la relación entre la variable autoestima siendo esta la independiente y la variable distorsiones cognitivas en pacientes mujeres con experiencia de separación de pareja en un subcentro de salud Cumbaya, Quito. El estudio fue realizado con una muestra de 30 mujeres con experiencia de separación de pareja, quienes mantenían un similar patrón de conducta, rasgos psicológicos y repercusión, a quienes se les administró el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan y la Escala de Valoración de los Niveles de Autoestima de Rosenberg. Encontraron que el estudio guarda una correlación inversa de baja intensidad entre la Autoestima versus las Distorsiones cognitivas: Visión Catastrófica, Falacia de Control, Culpabilización, Debería, Falacia de Razón, Falacia de Recompensa Divina en mujeres con experiencia de separación de pareja.

Además se puede mencionar a Carrasco, Catalán, Del Barrio y Rodríguez (2002), quienes realizaron un estudio de tipo no experimental y diseño correlacional en España con la finalidad de determinar la relación entre las distorsiones cognitivas y la sintomatología depresiva. La muestra estuvo constituida por 908 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años. Se empleó un diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. Utilizaron el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacks, el Inventario de Depresión PNID de nominación de iguales de Lefkowitz y Tesiny y el cuestionario de distorsiones cognitivas CDCN-1 de Bas. Los resultados mostraron que un mayor número de distorsiones cognitivas guarda relación con la sintomatología depresiva.

Por otro lado, Canario y Esther (2005) en su investigación realizada en República Dominicana “distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH”, de tipo no experimental y diseño descriptivo-correlacional, la que tenía como finalidad conocer la prevalencia de distorsiones cognitivas en personas que viven con el VIH (PVVS) y además observar las relaciones existentes entre las distorsiones cognitivas y el sexo, el tiempo de haber recibido el diagnóstico, la atención psicológica recibida, la percepción del apoyo familiar después del diagnóstico VIH positivo; así como analizar el efecto de las distorsiones cognitivas en la depresión. Para llevar a cabo esta investigación se tuvo una muestra a partir de 70 personas VIH positivas de ambos sexos con edades entre 20 y 63 años y se utilizaron el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y la Escala de Depresión de Beck. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre los pensamientos automáticos y la depresión; que ponen de manifiesto la relación que existe entre estos dos constructos.

Así también, Castro, López y Sueiro (2009) realizaron un estudio de tipo no experimental y de diseño descriptivo, cuyo objetivo era analizar el perfil sociodemográfico-

penal de las distorsiones cognitivas de internos varones de la prisión de Pereiro de Aguilar (Galicia, España). Este estudio se realizó con una muestra de 20 reclusos varones que cumplían condena por delitos contra la libertad sexual, cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 61 años, a quienes se les administró la Escala de Aceptación de Creencias sobre la Violación, la Escala de Cogniciones, el Índice de Respuesta Interpersonal y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Hallaron que tanto los delincuentes sexuales de mujeres adultas como los abusadores de menores presentaban distorsiones cognitivas sobre la violación en mujeres adultas y acerca de la relación sexual entre adultos y menores, llegando a la conclusión de que las distorsiones cognitivas apoyan y mantienen la violencia sexual contra las mujeres y los niños.

Adicionalmente, Estévez y Calvete (2009) realizaron una investigación de tipo no experimental y diseño correlacional, con la finalidad de examinar si los pensamientos automáticos actúan como mediadores en la relación entre esquemas cognitivos disfuncionales y depresión en las mujeres. Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de 334 mujeres procedentes de diferentes colectivos (asociaciones, empresas privadas, instituciones públicas, centros educativos) de la comunidad de Vizcaya y Álava (España), y se utilizaron la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CESD), la Escala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R, el Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ-R y el Cuestionario de Esquemas – Forma reducida. Los resultados obtenidos apoyaron un modelo según el cual los pensamientos automáticos (pensamientos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y falta de pensamientos positivos) actuarían como mediadores entre los esquemas cognitivos disfuncionales (privación emocional, abandono y fracaso) y los síntomas de depresión.

Finalmente, Cepeda (2012) realizó una investigación en Colombia de tipo no experimental y diseño descriptivo- correlacional con el objetivo de explorar, describir y comparar las variables empatía y distorsiones cognitivas en tres grupos: agresores sexuales de menores de edad, delincuentes violentos no sexuales y personas sin historia de reclusión. La muestra estuvo conformada por 149 varones con edades comprendidas entre los 18 y 57 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Cognición de Abel y Becker (1989) y Medida de la Empatía en Abusadores de Menores (1999). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que existieron diferencias significativas en el factor afectivo y cognitivo de la empatía entre agresores sexuales y delincuentes violentos, que los agresores sexuales informaron menor empatía cuando la situación evalúa a sus propias víctimas y que el grupo de comparación presentó mayor presencia de distorsiones cognitivas que los grupos de personas reclusas en el establecimiento carcelario.

En Perú, Espíritu (2013) realizó un estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo-comparativo, con una muestra de 132 mujeres entre 18 y 40 años, violentadas y no violentadas de Nuevo Chimbote, en el que utilizó el Inventario de Dependencia Emocional (IDE) con la finalidad de determinar si existe mayor dependencia emocional en mujeres violentadas que en mujeres no violentadas. Los resultados obtenidos indican que existen diferencias altamente significativas en la dependencia emocional en mujeres violentadas, en contraposición de las mujeres no violentadas.

3. Marco conceptual

3.1. Dependencia emocional.

3.1.1. Definición.

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja; no obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente. La dependencia emocional puede definirse también como un patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales estrechas (Castelló, 2005).

Así también, la dependencia emocional es conceptualizada como un patrón de conducta que involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales que están orientadas al “objeto”, quien es catalogado por el dependiente como el ser amado, con la finalidad de cubrir sus necesidades emocionales insatisfechas, no concibiendo la vida sin éste, aun cuando les genera dolor e insatisfacción (Castelló, 2005; Lemos y Londoño, 2006).

Adicionalmente, a la dependencia emocional se le describe también como una dependencia de tipo sentimental, que es caracterizada por manifestaciones de comportamientos adictivos de apego patológico dentro de las relaciones interpersonales románticas (De la Villa y Sirvent, 2009).

Por otro lado, Heathers (citado por Castelló, 2005) diferenció la dependencia instrumental de la dependencia emocional, las cuales son tipos de dependencia interpersonal. La primera se caracteriza por falta de autonomía en la vida cotidiana,

inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social por sensación de indefensión, en otras palabras, por una escasa capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades y desenvolverse con eficacia; sin embargo, la dependencia emocional involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales orientados a un otro como fuente de satisfacción y seguridad personal, para satisfacer necesidades afectivas, pero que no hace referencia a una sensación de indefensión, con respecto a otras áreas de su vida.

3.1.2. Diferencia de la dependencia emocional y otros constructos.

Siendo la dependencia emocional un constructo reciente en el campo de la literatura científica y ligeramente desconocido en el ámbito de la salud mental, se considera necesario y pertinente hacer la diferenciación de términos en relación a su naturaleza y similitud con otros constructos afines.

Dependencia instrumental.

Heathers (1995, citado por Castelló, 2005) aporta que esta dependencia es caracterizada por la precaria capacidad de su seguridad básica, siendo los dependientes instrumentales, poco autónomos en su vida cotidiana, carentes de iniciativa, buscan constantemente el apoyo social, con escasa capacidad para la toma de decisiones, con dificultad para asumir y desenvolverse con eficacia en diferentes actividades. A diferencia de ésta, la dependencia emocional tiene un componente puramente afectivo en su fundamento, lo cual le lleva a experimentar una necesidad extrema del objeto.

Bidependencia.

Según Sirvent (1994) es una doble dependencia, haciendo mención a las adicciones de sustancias psicoactivas u otros específicos y dentro de las dependencias interpersonales

incluye a la dependencia emocional y la dependencia instrumental. La bidependencia es un conjunto de comportamientos, actitudes y afectos, y que al margen de una adicción específica también en paralelo manifiesta dependencia hacia una persona. El bidependiente tiene una necesidad imperiosa de su pareja, ocultando o minimizando muchas veces sus defectos y malos tratos; buscando en él su salvación, puesto que considera que es la única persona que podría hacerla feliz.

Apego ansioso.

Bowlby (citado por Castelló, 2005) define al apego como el vínculo emocional que desarrollan los niños hacia sus progenitores o apoderados, quienes suponen, le entregan seguridad y afecto con el que afianzará la formación de su personalidad. Se considera ésta, como la base a las relaciones sociales en la vida adulta y que según la evolución del apego en cada persona se dará un estilo diferente.

- Apego seguro. Este es el más frecuente y convencional puesto que existe seguridad y una convicción positiva de sentirse amado y de expresar afecto.
- Apego evitativo. Mantiene la convicción en el sentido negativo, lo cual produce un efecto de indiferencia hacia los demás, reorientando únicamente a él mismo el afecto.
- Apego ansioso. No existió la seguridad brindada por las figuras paternas, lo que conduce a una preocupación continua, llena de ansiedad por la disponibilidad de las mismas. Cabe resaltar que dentro de este estilo, se distinguen dos; el tipo preocupado del desorganizado o temeroso.

Según Alonso-Arbiol, Shaver y Yáñez (2002) el apego ansioso de tipo preocupado sería la pauta predominante a que las personas padezcan de dependencia emocional. En este

tipo de apego existe una valoración negativa de uno mismo y una positiva de los demás (Bartholomew ,1990).

A diferencia del apego ansioso, la dependencia emocional, no presenta una perspectiva meramente conductual sino afectivo. Los dependientes emocionales sí presentan un estilo de apego ansioso básicamente de tipo preocupado, sin embargo no todas las personas con apego ansioso son dependientes emocionales (Castelló, 2005).

Codependencia.

Beatti (1992) afirma que la codependencia es un problema de salud mental, es conjunto de comportamientos compulsivos que están orientados a controlar el comportamiento adictivo de una persona. El codependiente se involucra de forma obsesiva con el problema de su pareja, hasta el punto de descuidarse de sí misma y afectarse por éste significativamente. Estas personas tienen la necesidad de controlar el comportamiento adictivo de su pareja, involucrándose de forma caótica, manifiestan cuidado abnegado al extremo de autonaluarse e ingresan a relaciones abusivas, manteniendo baja autoconfianza y trastornos psíquicos psíquicos (citado Castelló, 2005).

No obstante, la personas que manifiestan codependencia, no están exclusivamente vinculadas a personas adictas a sustancias psicoactivas o alguna adicción específica; sino también a aquellas personas que necesitan ayuda en problemas que suceden a su alrededor, expresando un apego en demasía hasta convertirse en obsesión por ayudarlos. Estas personas, no necesitan que las amen, sino que las necesiten para reafirmar su autoestima, de la cual que son carentes; con significativo temor al abandono, son conscientes que sufren dentro de las relaciones patológicas; sin embargo, necesitan de personas que dependan de él

o ella tanto como para nunca sufrir un abandono; sienten que nadie puede quererlos por lo que son, sino por lo que entregan (Escamilla, 2012).

Faur (2002) sintetiza las características de las personas codependientes propuesta por varios autores y por ella misma:

- Asumen la responsabilidad por lo que ocurre en la vida de otras personas. Si algo no funciona bien, están dispuestas a asumir toda la culpa por ello.

- Se anticipan a satisfacer las necesidades de otros aun cuando no les haya hecho ningún pedido.

- Tienen dificultades con la asertividad. No pueden decir que no aunque lo deseen, porque temen no ser queridas y porque no soportan decepcionar o desilusionar a otros.

- Se sienten atraídas por personas necesitadas, conflictivas, irresponsables o perturbadas a las que consideran que pueden ayudar y salvar por medio de su amor y sus cuidados.

- Tienen una baja autoestima, una gran necesidad de valoración externa y no confían en sus propias percepciones.

- Desarrollan una hipertolerancia frente a situaciones abusivas y son capaces de hacer cualquier cosa para evitar que una relación se termine porque tienen una gran dependencia emocional.

- Tienen la sensación de no ser suficientes y de no hacer nunca lo suficiente.

- Tienen series dificultades para conectarse con el placer y el bienestar.

- Se obsesionan con la vida de los demás. Ponen toda su energía en ello y pierden el foco de sus propias necesidades e intereses.

- Como temen las situaciones de descontrol, intentan controlar por cualquier medio, ya sea la culpa, la lástima, la coerción o la actuación.

- Se mienten a sí mismos y a los otros al respecto de la realidad de su situación.

Para Castelló (2005) en una comparación reflexiva acerca del paralelismo entre la dependencia emocional y la codependencia encuentra diferencias que separan puntualmente una de la otra. Entre las similitudes resaltantes es que se producen en relaciones patológicas, y la tendencia a fijarse en éstas; así también la autoanulación, baja autoestima, el sometimiento al otro. Es observable que este paralelismo genera que se confunda mucho ambos términos; sin embargo según el autor la diferencia crucial está en estas:

- En la diferencia de perfil de parejas que consideran interesantes. En el caso del codependiente, se interesan por personas con problemas, en preferencias con dependencia a sustancias psicoactivas; caso contrario al dependiente emocional que busca y siente agrado especial por personas dominantes, ególatras, narcisistas que se consideran en un plano superior a otros. Las parejas de los codependientes pueden ser dignas de lástimas, caso contrario a la pareja de los dependientes emocionales.

- Aunque tanto los dependientes emocionales como los codependientes se someten a sus parejas, lo hacen por diferentes motivos. Los codependientes se someten, porque se sienten cómodos desempeñando el papel de cuidador de gente con problemas. Para ellos el sometimiento al adicto es la máxima expresión de abnegación. En relación a esto, Norwood (1999) menciona que estas personas no se interesan realmente por el adicto; sino por sus problemas, en tanto pueden desarrollar su rol abnegado de cuidador. Así, si la pareja adicta se deshabitúa, deja de interesarse el codependiente que buscará a otra persona con problemas. En la dependencia emocional, el sometimiento no será nunca un fin, sino un medio para mantener la relación, es un instrumento que usa el dependiente para contentar al objeto; e incluso se puede concebir a un dependiente emocional sin sometimiento, se trata del dependiente dominante, forma atípica, en que la necesidad desmedida de la otra

persona sigue siendo central en su vida, solo que esta es encubierta con comportamiento de dominio.

Adicción al amor.

Este término es bastante utilizado en literatura de autoayuda ya que se hace un paralelismo bastante acertado en algunas características a la de la dependencia a sustancias y a las que manifiestan los dependientes emocionales. Para el análisis de este paralelismo, consideramos al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM IV) 1995. Los criterios diagnóstico para la dependencia a sustancias psicoactivas son las siguientes:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación el efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Los criterios propuestos por la Clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE 10: Organización Mundial de la Salud, 1992) son similares, sin embargo incluye uno lo cual es fundamental y prioritario para diferenciación.

- a. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Castelló (2005), nos permite conocer la diferencia entre la dependencia emocional y la dependencia a sustancias (adicciones), mediante una cuidadosa comparación de los criterios diagnósticos de una y las características de la otra.

- En el criterio 1 el DSM IV refiere a la tolerancia, esto no aparece en la dependencia emocional, puesto que no existe un deseo creciente hacia la otra persona sino por el contrario esto suele menguar como en todo proceso de enamoramiento.

- En el criterio 2 que es la abstinencia, se dan en las dos formas, en la dependencia emocional. En la forma (a) se manifestaría a consecuencia de una ruptura amorosa expresando toda la constelación sintomatológica del síndrome de abstinencia; en la forma (b) existe similitud evidente, en la que el adicto toma la misma sustancia o parecida para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia; esto se parece a los continuos intentos del dependiente emocional para mantener la relación por lo más frustrante y dolorosa sea o también suele buscar otra relación inmediata con características similares.

- En el criterio 3, no es propio de la dependencia emocional.

- En el criterio 4, solo se da en cierta medida en el dependiente emocional, dependiendo del grado de su dependencia.

- En los criterios 5 y 6 refieren a lo mismo, refieren a la prioridad que el dependiente establece en su vida, dándole el primer puesto, y en muchas ocasiones el único lugar a su objeto de adicción, en el caso del dependiente emocional será su pareja.

- En el criterio 7, se expresa la persistencia en la adicción a pesar de las consecuencias físicas y psicológicas; esto es también una realidad en la dependencia emocional, dado que las dependientes se someten a las humillaciones constantes de las que son conscientes pero no logran desvincularse.

- Finalmente en relación a estas comparaciones, se encuentra lo referido por el CIE 10, que es el deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia; del mismo modo se percibe y se recalca como una característica que define a la dependencia emocional (es una necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su

pareja a lo largo de diferentes relaciones). Se corresponde al craving o anhelo intensísimo que tiene el adicto a su sustancia.

Concluido el análisis de la comparación, se podría afirmar que la dependencia emocional es una adicción al amor; sin embargo existen cosas puntuales que separan una de la otra. La dependencia emocional según es más que una adicción puesto que no de los principios de la adicción a sustancias es el tiempo en el que aparece y persiste la adicción, siendo ésta un periodo continuado de 12 meses; principio significativamente diferente a una de las características principales de la dependencia emocional, puesto que ésta acompaña al sujeto durante el resto de su vida y que se evidencia desde su adolescencia. Asimismo, no se considera que un dependiente emocional deja de serlo al romper una relación patológica de pareja e incluso después de haber superado su síndrome de abstinencia ya que mantiene un patrón de conductas que afirmarían un trastorno de personalidad que es caracterizados por el establecimiento continuado de relaciones de pareja tan intensas como las adicciones. Además, en relación al tratamiento no se enfoca de la misma forma un tratamiento para una adicción específica a un trastorno de personalidad, ya que en la primera se debe desintoxicar y luego deshabilitar; contrario a la dependencia emocional que si se desvincula del objeto aún quedará la predisposición a realizar otra relación patológica puesto que mantiene una estructura cognitiva y afectiva en la que es mantenida por su intolerancia a la soledad y el desprecio que siente a sí mismo.

Sociotropía.

Beck, Moore y Blackburn (citado de Castelló, 2005) refieren que la sociotropía es un estilo cognoscitivo que predispone a la depresión, está basada en la hipersensibilidad al rechazo interpersonal, la dependencia de los demás y la necesidad imperiosa de afecto.

La sociotropía se asemeja a la dependencia emocional por algunas características entre ellas, el temor a la soledad, es estable temporalmente, temor al rechazo, existe una imperiosa necesidad de afecto, entre otras características similares, sin embargo en la dependencia emocional se da exclusivamente en las relaciones de pareja.

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Este trastorno es el único que es admitido por la comunidad científica y que se registra en el DSM IV y el CIE 10 que si bien es cierto mantienen similitudes existen características fundamentales por las que se diferencian, para esto es necesario conocer criterios de los cuales deban cumplirse 5 o más para considerarse un trastorno.

- Tienen dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
- Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debidos al temor o a la pérdida del apoyo o aprobación.
- Tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
- Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo a los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
- Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a cuidar de sí mismo.
- Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

- Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tengan que cuidar de sí mismo.

Siendo ambas dependencias, y ambas interpersonales, guardan similitudes, aquí unas similitudes:

- Necesidad de estar el mayor tiempo posible junto a otra persona, objeto de la dependencia.
- Sumisión y adhesión a la misma como medio para congraciarse con la otra persona.
- Ansiedad de separación, miedo al abandono.
- Ir “demasiado lejos” en esa sumisión o en general en el propio comportamiento para no perder a la otra persona.
- Sentimientos de malestar cuando está solo.
- Búsqueda de otra relación cuando hay una ruptura.

Habiendo encontrado las similitudes es necesario puntuar las diferencias, que fundamentan la distancia entre la dependencia emocional del trastorno de personalidad por dependencia que muchas veces son confundidas por la ignorancia en el tema. La persona que sufre de trastorno por dependencia encuentra su necesidad básica en el cuidado y protección, careciendo de autonomía, sintiéndose indefenso y desprotegido; caso contrario al dependiente emocional puesto que su necesidad de otra persona no se debe a su sentimiento de indefensión o a la carencia de autonomía ya que suelen ser personas habituadas a valerse por sí mismas desde la infancia, estas personas no buscan cuidados y protección en sus parejas; sino buscan exclusivamente afecto, afecto basado en la idealización y aferramiento hacia el objeto. Así también si no logran soportar la soledad no es porque se sienten indefensos, sino que no se quieren, se odian y necesitan de alguien que

admiren e idealizan para sujetarse de ellas. Finalmente, La persona que se encuentre físicamente con ella y que no necesariamente tenga que ser su pareja, puede ser cualquiera que le proporcione lo que requiere. En contraste la dependiente emocional podría estar no físicamente con la persona de la que depende (el objeto), aunque no es del todo satisfactorio le basta con saber que mantiene el vínculo y que está emocionalmente ahí.

3.1.3. Características de las personas con dependencia emocional.

Castelló (2005) refiere que las personas con dependencia emocional presentan características en tres áreas relevantes del ser humano: área de las relaciones de pareja, área de las relaciones con el entorno interpersonal y área de autoestima y estado anímico.

Área de las relaciones de pareja.

- a. Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él.

Es la expresión de la necesidad psicológica que el dependiente tiene hacia su pareja. El dependiente expresa esta necesidad en constantes deseos de comunicarse con la pareja, ya sea mediante continuas llamadas y mensajes de texto al celular, realizar actividades de ocio o trabajo con la pareja, apariciones inoportunas en los lugares que ésta frecuenta, entre otros.

- b. Deseos de exclusividad en la relación.

El dependiente se aísla de su entorno por voluntad propia para consagrarse de lleno a su pareja y asimismo anhela que su pareja haga lo mismo. Es como si el dependiente tuviera en mente la frase “yo soy sólo para él y él es sólo para mí, nos bastamos mutuamente” en relación a la vida de pareja.

Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa. Ésta es una de las características más frecuente y observables por quienes rodean al dependiente. El dependiente emocional

considera a su pareja como el ente predilecto de su atención, como el centro y sentido de su existencia, lo más importante y necesario, quedando lo demás a un segundo plano, en el que está incluido él mismo e incluso sus hijos.

c. Idealización del objeto.

La baja autoestima y la carencia de afecto en el dependiente provocan, por un lado, que el dependiente desarrolle una percepción tan negativa y pobre de sí mismo, y por otro, facilita que este elabore un concepto tan idealizado y poco realista del objeto. Dicha idealización del objeto consiste en sobrevalorar sus cualidades, incluso a aquellas que para personas saludables resultarían repulsivas o desagradables. Posteriormente esta idealización consistirá en considerar al objeto como un ser especial, alguien que está en otro plano diferente al de la mayoría y, desde luego, extraordinariamente mejor que el del propio dependiente.

En síntesis, el dependiente emocional percibe a su objeto como su tabla de salvación, el ser que posee todo aquello de lo que él carece y, por ende, considera la unión a éste como la terminación de sus aspiraciones.

d. Relaciones basadas en la sumisión y subordinación.

La sumisión casi inmediata que el dependiente emocional le otorga a su objeto significa una ofrenda, un regalo, un pago que tiene la finalidad de preservar la relación.

Por otro lado, la sumisión es el resultado de la baja autoestima y de la idealización del objeto, elementos que producen una relación desequilibrada en la que el dependiente se somete y el objeto domina. “Con el paso del tiempo, se agudizan estos papeles potenciándose mutuamente, la sumisión provoca más dominación y ésta, a su vez, una mayor subordinación” (Castelló, 2005, p. 63). Es entonces que el dependiente se encuentra

sumido en un proceso doloroso y humillante en el que cada vez más su sufrimiento se agudiza debido a la dinámica desequilibrada y patológica de su relación; no obstante, no saldrá de dicho proceso porque considera como peores a la ruptura y la devastadora soledad que ésta le acarrearía.

e. Historia de relaciones de pareja desequilibradas.

La vida amorosa del dependiente es una sucesión de relaciones, característica que puede ser considerada necesaria para el correspondiente diagnóstico de la dependencia emocional; no obstante, existen algunas variantes: la primera es, una única relación, la cual es la más larga y significativa. Si el objeto no propicia la ruptura, el objeto continuará en la relación a pesar de lo tóxica que ésta sea, con tal de evitar la gran temida ruptura y la segunda; relaciones no desequilibradas o en las que el dependiente se puede manifestar dominante o desinteresado, llamadas también relaciones de transición. El dependiente entabla este tipo de relaciones mientras busca a alguien que cumpla con el perfil buscado y de esta manera mitigar el síndrome de abstinencia.

f. Miedo a la ruptura.

El dependiente emocional experimenta sus relaciones con un temor constante de que éstas se terminen. Este miedo permanente se produce debido al imprescindible e importante rol que representa el objeto en la vida del dependiente emocional y al comportamiento vejatorio y distante del objeto, el cual es percibido fácilmente por el dependiente y que es interpretado como desinterés.

“Cuando este miedo se convierte en realidad, también podemos entender mejor el porqué de esta continua aprensión, y es que el síndrome de abstinencia que el dependiente sufre hacia su ex pareja es tan brutal que nos manifiesta con toda su crudeza la necesidad psicológica que tenía de ésta” (Castelló, 2005, p. 67).

g. Asunción del sistema de creencias de la pareja.

El dependiente puede interiorizar y asumir como propias ciertas ideas que pertenecen en realidad al objeto. Estas ideas giran sobre tres grandes temas: superioridad o peculiaridad del objeto, la inferioridad del dependiente y el concepto general de la relación entre ambos.

En relación a las ideas sobre la superioridad del objeto, debido a la idealización que le profesa el dependiente y al narcisismo del objeto, no resulta difícil que el dependiente interiorice y asuma como irrefutables las afirmaciones de grandiosidad que haga el objeto sobre sí mismo.

Con respecto al segundo tipo de ideas, el dependiente se considera culpable de todo lo negativo que sucede en la relación debido a los frecuentes comentarios negativos que recibe de parte del objeto en relación a su físico, inteligencia, personalidad, familia o amistades, comentarios que provocan que él se minusvalore y autodesprecie y que por ende se acentúe el desequilibrio que existió desde el principio de la relación.

El tercer tema es en relación al concepto general de la relación entre ambos. Con cierta frecuencia el objeto, quien no se considera atado a otra persona y en sus deseos de ser libre o de vivir una vida hedonista, suele plantear abiertamente e imponer al dependiente un concepto flojo de una relación, bajo la amenaza de una ruptura en caso de que rechace su propuesta. Aunque para el dependiente esto resulta opuesto a las pretensiones de exclusividad y la gran necesidad psicológica que tiene del objeto, se ve forzado a aceptar y con el transcurso del tiempo puede llegar a creer que el objeto tiene la razón y que él está equivocado. “Podemos interpretar este cambio de actitud como un mecanismo de defensa en el que se asumen determinadas creencias del otro que realmente se consideran inaceptables, pero son un tributo que debe pagar para evitar la temida ruptura” (Castelló, 2005, p. 69).

Área de las relaciones con el entorno interpersonal.

a. Deseos de exclusividad hacia otras personas significativas

El dependiente pretende la exclusividad no sólo con su pareja, sino también con otras personas significativas.

La necesidad del dependiente hacia otros es desmedida, ya que está acostumbrado a buscar en los demás lo que en sí mismo no hallan. El dependiente siempre está pendiente de un entorno del que no ha recibido aceptación y del que constantemente espera atención.

Estos individuos pueden resultar difíciles con los cuales relacionarse, ya que focalizan de manera excesiva su interés y demanda en los demás. Esto se debe a que no han aprendido a cimentar sus relaciones interpersonales en un equilibrio, en una reciprocidad afectiva en la que también la individualidad y autonomía del otro sea respetada.

b. Necesidad de agradar

El dependiente tiende a agradar a cualquier persona dentro o fuera de su entorno. Esto se debe a que poseen una fuerte necesidad de aprobación, llegando al grado de malinterpretar como antipatía o desinterés cualquier gesto. Así como la ansiedad de separación en la relación de pareja es algo que está grabado en su pensamiento, el temor al rechazo o a no gustar es su equivalente en las relaciones de pareja.

Como consecuencia de esta necesidad de aprobación, suelen estar muy pendientes de su apariencia y físico, lo cual se acentúa grandemente cuando están sin pareja, llegando incluso a obsesionarse, con el peligro de sufrir incluso un trastorno alimentario.

El dependiente también trata de agradar a otros a través de la sumisión y es que, aparentemente, el dependiente ha interiorizado y asumido que esta es la mejor manera de conseguirlo.

Por otro lado, esta necesidad de agradar a otros es otra manifestación del autorrechazo y de su continua focalización en los demás para sentirse mejor.

c. Déficit de habilidades sociales

Los dependientes emocionales suelen tener un destacado déficit de habilidades sociales. Por ejemplo, no hacen valer sus derechos, asumen roles impuestos directa o indirectamente por otros en lugar de expresar con libertad sus intereses y demandas y por ende, es propenso a que los demás se aprovechen de él.

Este déficit de habilidades sociales con personas significativas se interpreta como carencia de empatía. Las intenciones de exclusividad implican utilizar a los demás como paliativos a su dolor, por ende, las conversaciones del dependiente suelen versar sobre tópicos como la ex pareja, la futura pareja o algo relacionado a este tema. Al dependiente emocional le resulta sumamente difícil empatizar con alguien debido a que se encuentra centrado y preocupado en sus propios asuntos, como para escuchar los asuntos de otros.

Área de la autoestima y del estado de ánimo.

a. Baja autoestima

A diferencia de otras personas a quienes les resulta difícil expresar sus sentimientos hacia sí mismos, los dependientes emocionales no tienen dificultades para realizar una introspección, ya que viven intensamente los sentimientos que dirigen a sí mismos y porque prácticamente la efectúan siempre.

Decir que estas personas tienen baja autoestima no resulta justo, debido a que los dependientes no sólo poseen una carencia de afecto positivo, sino que paralelamente experimentan autodesprecio, autorrechazo, odio, en inclusive, asco hacia sí mismos. Entonces, no se trata únicamente de una ausencia de sentimientos positivos, sino de un exceso de sentimientos negativos.

Por otro lado, algo que debe resaltarse es que con los dependientes emocionales no se puede equiparar el autoconcepto con la autoestima por lo siguiente: los dependientes emocionales no se consideran inferiores a los demás en relación a aspectos como el rendimiento académico, competencia laboral o el desenvolvimiento personal; sin embargo, en relación a la valoración objetiva de su aspecto físico acostumbran elaborar distorsiones.

b. Miedo e intolerancia a la soledad

Esta característica es una de los diferenciadores fundamentales de la dependencia emocional. Los dependientes emocionales desarrollan una peculiar aversión a encontrarse solos debido a que estando consigo mismos experimentan no sólo falta de amor, sino desprecio hacia sí mismos. Por ende, estos individuos advierten que sólo podrá ser feliz en compañía de alguien especial. La necesidad de acceso continuo a otros es consecuencia de esta intolerancia a la soledad y es lo que motiva al dependiente a anhelar estar con alguien sin importar el precio, por ello, posteriormente a una ruptura, el dependiente intentará con desespero retomar la relación o en el caso de que esto no resulte, iniciará una nueva tan rápido como le sea posible.

c. Estado de ánimo negativo y comorbilidades frecuentes

La dependencia emocional reúne criterios suficientes como para considerarse un trastorno de la personalidad y por consiguiente, al igual que otros trastornos de la personalidad, las comorbilidades son más la regla que la excepción.

Usualmente el estado anímico de los dependientes emocionales es negativo, caracterizado por tristeza, preocupación en el rostro, nerviosismo e inseguridad personal, sin la necesaria presencia de trastornos mentales comórbidos. A este estado de ánimo triste y preocupado que tienen de por sí se le sumarán comorbilidades del espectro ansioso-depresivo.

La ansiedad suele ser bastante sobresaliente en los trastornos comórbidos y se acompaña de sus complicaciones psicofisiológicas (taquicardias, temblores, sudoración, náuseas, molestias gastrointestinales, ahogos, opresión torácica, dolores musculares, cefaleas tensionales, mareos, entre otros). En algunas circunstancias, este conjunto de síntomas puede acentuarse y transformarse en un ataque de pánico, el cual a su vez podría propiciar un trastorno de angustia. Asimismo, las molestias y dolencias anatómicas podrían originar trastornos somatomorfos.

3.1.4. Fases de las relaciones de pareja de los dependientes emocionales.

Los dependientes emocionales mantienen relaciones de pareja que suelen caracterizarse por ser intensas y disfuncionales. En su mayoría suelen seguir un ciclo patológico de fases que tienden a ser prolongadas; aunque es necesario recalcar que también pueden mantener relaciones de transición por su temor intenso a la soledad mientras encuentran o logran retomar la relación con el objeto ideal, lo cual nos indica que estas personas no conciben estar solas sentimentalmente. Basados en lo expuesto se puede afirmar que las dependientes emocionales mantienen dos tipos de relaciones que están dentro de su historial; unas que son significativas, las que son de más duración e intensas y las otras que carecen de valor, siendo breves y poco relevantes.

Para conocer con mayor claridad el ciclo habitual de las relaciones sentimentales, analizaremos las fases de tal ciclo; sin embargo, es necesario recalcar que no siempre sigue el mismo orden. Las fases habituales son:

Fase de euforia.

Es cuando los dependientes emocionales conocen e identifican a las personas interesantes para ellos; es decir, el objeto. En esta primera fase, los dependientes

emocionales se ven motivados por la ilusión desmesurada que se evidencia desde el primer contacto con el objeto, a quien ven como el ser idóneo, quien aliviará su malestar emocional considerándolo su “salvador”, un amor para siempre con el que rápidamente fantasean una vida juntos y en su esfuerzo por encantarlos expresan conductas de sumisión y de entrega excesiva tanto sexual o de cualquier índole como medio para reafirmar la relación y posteriormente para mantenerla. La subordinación y entrega tan prematuras serán la base de la futura relación si ésta se produjera, generando un gran desequilibrio, en el que el objeto se acomoda en una posición ventajosa en la que irá desarrollando sus rasgos explotadores. No obstante, esta fase será satisfactoria para el dependiente emocional en caso de que el objeto reaccione satisfactoriamente ante la admiración y sumisión de éste. En caso contrario, si al iniciar esta fase no encuentra interesante al objeto, puesto que su conducta es normal, no guste de su prematura y desmesurada entrega para deslumbrarlo, encontrará injustificada la desmedida euforia y optará por escapar de la posible relación experimentándola aburrida y extraña a las experiencias habituales.

En esta fase el entorno del sujeto suele darse cuenta de la presencia de alguien en la vida del dependiente y le sugiere tomarlo con calma; sin embargo, por su tan intenso estado emocional que se torna similar al de una borrachera, el dependiente hará caso omiso de dichas sugerencias.

Fase de subordinación.

Esta fase es significativa la más extensa para el desequilibrio que caracteriza toda la relación entre el dependiente emocional y su objeto. La subordinación ha sido iniciada desde la fase anterior, en la que el dependiente ha mostrado su admiración y disposición a las demandas del objeto, quien a su vez lo ha tomado con agrado. Sin embargo, es en esta fase de la

relación cuando se consolidan los roles de dominante y de subordinado. Es necesario recalcar que estos roles son establecidos por iniciativa mutua, ya que son complementarios.

A continuación se muestra la siguiente tabla 1 para una mejor comprensión de la dinámica de la relación patológica en esta fase

Tabla 1

<i>Dinámica entre el objeto y la dependiente en la fase de sumisión</i>	
Objetos	Dependientes emocionales
Fácilmente idealizables	Admiran a su pareja
Narcisistas, solo piensan en sí mismos	El objeto es el único centro de interés
Dominadores, explotadores	Sumisos
Sistema de creencias peculiar	Asunción del sistema de creencias del objeto

El dependiente emocional mantiene el rol de sumisión como estrategia para satisfacer al objeto, por quien siente una indescriptible admiración e idealización, las cuales son expresadas mediante este rol para evitar rupturas. Esta subordinación es manifestada en todos los campos dentro de la relación, ya sea en la intimidad, en decisiones de economía, en la planificación de diversas actividades; expresando su completa entrega incondicional al punto de auto anularse y vivir únicamente para él. No obstante, lo más delicado y a la vez crucial de esta subordinación es cuando el dependiente emocional ofrenda su vida al objeto, considerando que su existencia no tiene sentido sin él, asumiendo un papel inferior e irrelevante frente éste, lo cual consecuentemente será perjudicial para su autoestima.

Es necesario resaltar que el dependiente emocional no sólo no se quiere, sino que también se autodesprecia, puesto que no vive experiencias gratas consigo mismo, prefiriendo olvidarse de su persona. Esto explicaría el aferrarse patológicamente a una persona a quien admira e idealiza intensamente con la finalidad de suplir sus necesidades psicológicas, confundiendo esto con amor. En el proceso de esta fase el narcisismo del

objeto se incrementa, sintiendo gratificación por la constante idealización y sumisión de su pareja, en cuanto más se complementen patológicamente, encontraran lógico y natural cada papel protagonizado.

Fase de deterioro.

Esta es una fase que tiene duración prolongada que es también un punto de referencia que va en descenso a lo más denigrante para el dependiente emocional, puesto que tras una ruptura y reconciliación se regresa nuevamente a esta fase. En realidad no existe mucha diferencia entre esta fase y la anterior; siendo la intensidad de los roles que ejerce cada una de las partes la única diferencia. Entonces, la dominación y la subordinación se experimentan en su forma más álgida, pasando de ser una iniciativa a convertirse en algo sumamente doloroso, ya que el dependiente soporta constantes humillaciones, vejaciones, infidelidades, entre otros malos tratos, los cuales no estaba dispuesto a experimentar al inicio de la relación. En otras palabras, el deterioro es el resultado de la explotación por parte del objeto, quien cuanto más narcisista sea, será más cruel, descargando sus frustraciones, desprecio y odio producido por otras personas en el dependiente emocional sin reparo alguno, ya que se sabe que éste es incapaz de finalizar la relación debido a los sentimientos de desprecio y autorrechazo que siente hacia sí mismo, sentimientos que a su vez fortalecen por la arrogancia reforzada del objeto narcisista. Asimismo, el sometimiento y la autoanulación menguarán aún más su autoestima evidentemente baja, hundiéndola más, incrementándose su autodesprecio, y por ende, convenciéndose de que el único que merece las atenciones, los cuidados y privilegios es el objeto. Las reacciones de las personas dependientes en esta fase son diversas a las que mencionaremos algunas habituales:

- El sufrimiento psíquico en el que viven, generará en ellas las manifestaciones de ansiedad, depresión y otros trastornos psicopatológicos.
- No disfrutan en lo absoluto de la relación; sino por el contrario sufren mucho. Sufren por su casi nula autoestima sujeta a su miedo excesivo a que se termine la relación para no perder al objeto por lo que es capaz de soportar toda vejación de parte de éste.
- Muchas veces los califican como “masoquistas” dado a que no desean romper la relación a pesar de ser conscientes que es patológica.
- Siendo el objeto consiente de la sumisión y la vida ofrendada del dependiente, dispondrá de ella hasta que no la necesite y será él quien rompa con la relación porque se cansó. Como es esperado, el dependiente intentará reanudarla a pesar de saber que la desprecia.
- En ocasiones en el que el dependiente quiera romper con la relación para detener o disminuir el sufrimiento en el que vive, no podrá debido a la manipulación del objeto y hará más complicado de romper posteriormente.

Fase de ruptura y síndrome de abstinencia.

Lo más frecuente es que esta fase se ha propiciada por el objeto, puesto que el desprecio que siente por el dependiente ha alcanzado su límite y ya no lo soporta más, también podría ser debido a que encontró otra persona más interesante, pudiendo ser otra dependiente de quien volverá a recibir las mismas atenciones de admiración y entrega, o quizá que sea de otro “nivel” superior a quien sí considere digna de él. Por otro lado, aunque sea menos frecuente el dependiente también podría romper la relación ya se influida por el entorno, temor a perder la vida o por el amor de sus hijos. No obstante, esto dependerá de la gravedad de la dependencia.

Posterior a la ruptura, el dependiente hará hasta lo imposible para reanudar la relación, recurriendo a todos los medios para ello, como buscar y suplicar a la familia y allegados del objeto para que intercedan e incluso aceptar lo inaceptable para ellos mismos, siendo perjudicial para su salud mental. Estos intentos humillantes (súplicas, pedir perdón por faltas que no cometió, promesas y aceptación de demandas e incluso de compartirlo con otra persona entre otras conductas más) serán expresados mientras exista una mínima esperanza, suelen argumentar “muchos de los días a su lado fueron malos, aunque alguno fue bueno; sin embargo, ahora todos los días son malos porque no está él y no es que eche de menos los maltratos, sino que entiende que sin el objeto su vida no tiene sentido experimentando gran ansiedad por la separación.

El síndrome de abstinencia, estará conformado por la soledad, el intenso dolor por la ruptura y los intentos por reanudar la relación. Esta necesidad imperiosa que experimenta el dependiente emocional es comparada a la constelación de síntomas vivida por el adicto a sustancias, dentro del síndrome de abstinencia. Este síndrome en el dependiente emocional se caracteriza por buscar algún contacto con el objeto por mínimo que sea, abrigando esperanzas de retomar la relación, estas conductas estarán acompañados de súplicas, encuentros sexuales esporádicos pero sin compromiso de parte del objeto, solo por gratificación egoísta y con ellos todo tipo de humillaciones. Si el sujeto tuviera contacto con el objeto definitivamente disminuiría su ansia; sin embargo la agonía se prolongaría y sería más complicado desvincularse emocionalmente de éste, agudizándose su patología. Asimismo la psicopatología más frecuente en el motivo de consulta será la ansiedad en la fase de deterioro (ansiedad por separación) y depresión en la fase de ruptura la cual oscilará entre leve, moderada y en ocasiones severa dependiendo de la severidad. Cabe señalar que la depresión y el síndrome de abstinencia estarán mutuamente ligados, puesto que si el

dependiente obtiene respuesta por mínima que sea del objeto, aliviará su ansia y por ende su depresión.

Fase de relaciones de transición.

Estas relaciones de transición pueden aparecer para el dependiente emocional, dentro de la fase del síndrome de abstinencia o después de él. Estas nuevas parejas de momento serán como sus “salvavidas” debido a que el dependiente no soporta la soledad, se autodesprecia y el dolor por el abandono del objeto hace más miserable su vida; por lo que necesita de una nueva pareja para mitigar el dolor y la soledad, sin embargo al no encontrar fácilmente el objeto idóneo, se involucrará con cualquier individuo, que no alcanzando ser las personas “ideales” no llenaran el vacío, este solo será un puente hasta llegar a encontrar alguien verdaderamente “interesante” que cumpla sus expectativas de idealización y admiración para suplir sus necesidades psicológicas.

Recomienzo del ciclo.

Se basa en que, tras lo vivido sentimentalmente con el objeto y parejas de transición, el dependiente emocional encontrará nuevamente a otra persona que tomará el lugar del objeto ideal (con rasgos narcisistas) por quienes siente especial interés y así reinicia el ciclo patológico que ya se describió. A modo de conclusión, se demuestra que el historial de amores obsesivos del dependiente no es básicamente el profundo amor que sienten por los objetos elegidos; sino lo necesitados que se siente de ellos, es decir que mientras reúnan las características que les hace falta para llenar el vacío se convertirán en su objeto de necesidad.

3.1.5. Factores causales

Carencias afectivas.

Millon y Davis (citado por Castelló, 2005) señalan que las experiencias en el ámbito interpersonal desempeñan un rol muy importante en la configuración de la personalidad. Si estas experiencias son desfavorables en etapas tempranas del desarrollo del ser humano, éste adquirirá esquemas de sí mismo y pautas de interacción disfuncionales. Esto es precisamente lo que sucede con los dependientes emocionales,

Las experiencias desfavorables por las que pasan estos individuos van desde una grave privación de afecto desde el principio de sus vidas, al no contar con personas que los hagan sentirse valiosos, amados y atendidos; hasta la presencia de negligencia, agresividad psicológica y física, abandono; e inclusive, aunque menos frecuente, de abuso sexual. Entonces, estas experiencias adversas precoces son las que conforman los esquemas y pautas de interacción de los dependientes emocionales (Castelló, 2005).

Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima.

La vinculación afectiva con personas significativas es la reacción más normal y deseable para un desarrollo emocional y de la personalidad saludable. Durante el proceso de vinculación las personas suelen unirse más a sus personas significativas y se produce una mutua conexión de sentimientos, a la vez que esto conlleva una interiorización de los mismos. En el caso de los dependientes emocionales esta vinculación afectiva con los demás no es favorable para ellos debido a que, por ser sus figuras significativas poco afectuosas y e incluso hostiles, el niño futuro dependiente emocional asume, interioriza y se familiariza con los sentimientos, actitudes y comportamientos negativos que estas personas

sienten hacia él. Por ende, la baja autoestima, el autodesprecio, la minusvaloración de sí mismo y de sus logros, son interiorizaciones de la actitud negativa de sus personas significativas.

La baja autoestima que presentan estos individuos facilita el desarrollo de pautas de interacción patológicas, ya que incrementan la necesidad de otro al que el dependiente busca continuamente. En relación a las figuras significativas, el dependiente emocional elabora un esquema en el que éstos se caracterizan por ser inaccesibles emocionalmente, fríos, rechazadores y hostiles. Debido a la fuerte necesidad que el dependiente emocional tiene de los demás y de la inaccesibilidad de éstos resulta fácil que el dependiente los idealice. Los esquemas y las pautas de interacción que se establecen desde muy temprano en la vida del futuro dependiente son los que llevarán a la práctica en su adultez (Castelló, 2005).

Factores biológicos

La pertenencia al sexo femenino condiciona el elegir vincularse o desvincularse afectivamente, favoreciéndose así la aparición de la dependencia emocional. Además de esto, cabe referirse que la mayor parte de las tradiciones socioculturales respaldan el hecho de que los varones se desvinculen afectivamente en situaciones adversas, derivando el hecho de que la mujer se mantenga vinculada afectivamente a los demás con más frecuencia.

Por otro lado, el temperamento y la dotación genética ejerce un rol importante en el desarrollo de la dependencia emocional; por consiguiente, habrá sujetos con una mayor predisposición que otros a mantenerse vinculados afectivamente en circunstancias

negativas e incluso personas con gran sensibilidad a padecer de carencias emocionales tempranas. Dichas personas serán más propensas a desarrollar dependencia emocional.

Así también, la sintomatología de los estados ansioso-depresivos contribuye a una merma de la autoestima como a la incidencia negativa de la dependencia emocional.

Cabe señalarse que los dependientes emocionales que presentan alcoholismo, trastornos del ánimo, entre otros, en sus antecedentes familiares presentan una posible predisposición genética a padecer de estas psicopatologías. En ese caso, las psicopatologías adquiridas biológicamente o por el resultado de un ambiente desfavorable, inciden en la aparición y en el curso de la dependencia emocional (Castelló, 2005).

Factores socioculturales y género de la dependencia emocional

El hecho de que la mayoría de las culturas favorezca la tendencia a la vinculación afectiva de las mujeres y por otro lado, facilite la desvinculación afectiva de los varones se constituye un elemento clave para la aparición de la dependencia emocional en las mujeres. En síntesis, en relación al género, “la confluencia entre factores biológicos y socioculturales otorga a la mujeres una mayor posibilidad de que padezca dependencia emocional, siempre que se produzcan el resto de factores necesarios” (Castelló, 2005, p.142).

Cabe resaltarse también que la presencia de la dependencia emocional puede darse independientemente del efecto de los factores socioculturales; por ejemplo, en sociedades gregarias y en la que sus ciudadanos estén más vinculados afectivamente la incidencia de la dependencia emocional será mayor en comparación a sociedades más individualistas en las que la cohesión social es menor y en la que la autoestima es potenciada, resultándose por ende en índices menores de esta patología (Castelló, 2005).

Factores mantenedores

Debido a que la dependencia emocional es considerada un conjunto de rasgos disfuncionales, es que se puede suponer que se ve alimentada constantemente por una sinergia de elementos (Castelló, 2005).

A pesar que el dependiente encuentre personas afectuosas a lo largo de su vida, éstas no serán significativas para él, además considerando que desde la adolescencia comienza a entablar relaciones de pareja poco satisfactorias debido a su excesiva entrega, las características negativas de la pareja y la dinámica de la relación harán que el dependiente interiorice altas dosis de dominación, hostilidad y menosprecio y que dichas carencias afectivas persistan en el tiempo, siendo precisamente esta cronicidad la que producirá un efecto mantenedor continuo de esta patología (Castelló, 2005).

Por otro lado, el mantenimiento de la vinculación se renueva continuamente mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y no se ocasiona únicamente a edades tempranas (Castelló, 2005).

Los factores biológicos no varían de manera considerable; como ejemplo de esto tenemos la pertenencia a un determinado sexo; no obstante, pueden darse cambios como la influencia de disfunciones neuroquímicas, los cuales pueden ser más fluctuantes a causa de las circunstancias. Con respecto a los factores socioculturales, se conoce que con el paso del tiempo los patrones de cada cultura se ven modificados, lo cual podría favorecer o no la aparición de la dependencia emocional. A su vez, las pautas patógenas de interacción de estos individuos se verán reforzadas y consolidadas, por un lado por la persistencia las interacciones y por otro, por las reacciones complementarias, las cuales son “un tipo de respuestas de las personas con las que interactuamos que refuerzan nuestras propias pautas de interacción con ellos y que a su vez están parcialmente condicionadas por éstas”

(Castelló, 2005, p.150). Entonces, las pautas de interacción del dependiente no dependen únicamente de su personalidad; sino también del objeto y de la relación que éste mantenga con él. Dicho de otra manera, “el dependiente emocional es en parte responsable del comportamiento reprochable del objeto porque en cierta modo lo facilita, y éste también influye parcialmente en el proceder del dependiente (Castelló, 2005, p. 151).

Algo que cabe resaltar además es que la dinámica desequilibrada en las relaciones de pareja del dependiente menoscaba cada vez más la baja autoestima de éste, lo cual a su vez es un factor adicional que mantiene e inclusive exacerba la dependencia emocional (Castelló, 2005).

Finalmente, las fases por las que atraviesan las relaciones de estos individuos se constituyen también un mantenimiento de esta patología (Castelló, 2005).

3.1.6. Aproximaciones Teóricas

Winnicott (citado por Castelló, 2005) miembro de la escuela británica de las relaciones objetales, propuso que un ambiente positivo, al cual denominó ambiente facilitador o entorno suficientemente bueno, determinaría la presencia de psicopatología en el niño durante su adultez; es decir, si el niño no se desarrollaba en un ambiente facilitador o en un entorno suficientemente bueno en el que debería ser sostenido por sus personas significativas, especialmente la madre, padecería de trastornos cuando adulto. También afirmó que debido a la ausencia de este ambiente saludable, el niño no desarrollaría la capacidad para estar solo. Esta contribución es considerada relevante a los dependientes emocionales, quienes poseen temor e intolerancia a la soledad.

La psicología del self, la cual estuvo liderada por Kohut, resaltó el rol configurador de los padres u otras figuras significativas, a quienes él denominó objetos del self, en relación

al desarrollo del niño. Según Kohut, dichos objetos deberían cumplir dos funciones especiales. Una de ellas consta en satisfacer las demandas de elogio y alimentación del ego del niño y la segunda consistía en servir como modelos a imitar y admirar. En el caso de que dichos objetos del self no desempeñaran ambas funciones de manera adecuada, la constitución del self del niño no se habría efectuado satisfactoriamente, provocando de esta manera que el niño padezca diversas perturbaciones narcisistas en su adultez. Una de estas perturbaciones, denominada hambre de ideal, consistía en que el niño tendría una autoestima muy baja, sentimientos continuos de tristeza e insatisfacción, necesidad de afecto de los demás, deseos fuertes de agradar a los demás, etc. Kohut consideraba que los sujetos hambrientos de ideal no habían logrado internalizar la función idealizadora de sus objetos del self debido a que éstos no fueron modelos dignos de admiración o porque se desengañaron de las capacidades de éstos (citado por Castelló, 2005).

3.1.7. Terapias de intervención.

Castelló (2005) considera la dependencia emocional como un problema básicamente de personalidad, que muchas veces es comórbido con algún trastorno del eje I. Teniendo en cuenta que la dependencia emocional afecta a la estructura de personalidad del paciente, es necesario enfocarse en las dimensiones que interactúan entre sí para la formación de ésta. Propone seis dimensiones relevantes del individuo que es necesario enfocar para la intervención de cualquier tratamiento psicoterapéutico, y en concreto sobre el dependiente emocional. Estas dimensiones son: biológico, psicodinámico, interpersonal, afectivo, cognitivo y conductual. Cabe resaltar que estas dimensiones serán afectadas una más que otra, dependiendo de la patología que se trate. En los trastornos de personalidad en general y específicamente en la dependencia emocional, existen dimensiones que serán más

afectadas y por ende es donde se debe centrar la intervención, estas dimensiones son psicodinámica, interpersonal y la afectiva. A eso es claro que no se obvian las dimensiones tanto biológica, como cognitiva y conductual, sino que serán con menor intensidad que las anteriores.

Dimensión biológica.

La intervención más usual es la farmacológica, ya que en esta dimensión cubre principalmente la neurobiología de la persona con especial mención al sistema de neurotransmisión; cabe resaltar que el trabajo es siempre multidisciplinario y en ocasiones no se urge de ésta. En el caso específico de la dependencia emocional, esta será una de las principales intervenciones en su punto de partida del tratamiento en general, dependiendo de las sintomatología conmovidas del eje I y que son básicamente las ansiedades y depresiones; esto es evidenciable generalmente después de una ruptura amorosa. En este sentido, si la intervención biológica ha sido exitosa, se efectuará inmediatamente una mejora en las otras dimensiones como la afectiva o la cognitiva. Sin embargo ésta no es garantía de una mejora, pues está será solo una ligera moderación del sufrimiento psicológico. Así como en otros trastornos de personalidad, las causas de la sintomatología patológica están profundamente arraigadas que los fármacos serán relevantes, más que solo como una ligera calma. Por otro lado la intervención eficaz en otras dimensiones relevantes del dependiente también mejorará el área biológica del sujeto, que se encarga principalmente de la regulación de sus estados anímicos.

Dimensión psicodinámica.

Es necesario detallar que esta dimensión tiene poco que ver con el planteamiento del psicoanálisis; la diferencia fundamental es que no se entiende al consiente por reprimida,

sino porque opera en un ámbito que el sujeto desconoce si es que nunca hizo una introspección realista. Esta dimensión básicamente supone estudiar los procesos internos y su formación estas no conscientes; se trata de comprender la estructura del sujeto en que constituye toda su personalidad. Esta dimensión del individuo da coherencia a su funcionamiento mental, se encargará de darnos información sobre aquellos procesos psíquicos que logran que el sujeto se comporte, piensa y sienta de una determinada forma. Por ende conocer a fondo esta estructura será la principal finalidad de la intervención psicodinámica.

Para conocer la configuración de la personalidad del sujeto dependiente emocional, es necesario buscar una lógica en la génesis de su patología, de sus rasgos disfuncionales o de cualquier otro proceso desadaptativo, como las distorsiones cognitivas y con ello estudiar su evolución. Posterior a conocer la biografía del paciente, es necesario extraer conclusiones de éste, como una forma de volver al pasado y hacer un recorrido con crítica, para investigar que pudo ocurrir en el individuo para que ahora se comporte de un determinado modo. Cabe resaltar, que las conclusiones a la que se llegan tiene como finalidad construir un modelo de enfermedad, donde se le expone con claridad el comportamiento disfuncional del paciente, tomando el origen y las causas de su patología. Lo más apropiado es que el terapeuta conduzca y guíe con coherencia a que el paciente llegue a conclusiones por sí mismo. “Lo ideal será que el sujeto identifique las pautas disfuncionales que le caractericen en todas sus relaciones más significativas, para que así adquiera mayor conciencia de que realmente el problema está en su personalidad” (Castelló, 2005 pág. 221) tratamiento integrador. Esta servirá como base de reconstrucción, que será el resto del proceso terapéutico.

Dimensión interpersonal.

Esta es también una de las dimensiones más importantes a trabajar en el dependiente emocional, la intervención de ésta involucrará la evaluación de las relaciones interpersonales que tiene el sujeto desde las más simples hasta las más significativas. Como es de esperar, la relación en que más detenimiento se pondrá es la de pareja, analizar el tipo de relación que mantenía con su objeto, conocer sus manifestaciones de afecto, sus actitudes, el rol de ambos (individuo y objeto), etc. Una vez que se ha logrado conocer la naturaleza patológica de la relación sentimental, se dará paso a analizar los otros vínculos interpersonales que tiene el sujeto con su entorno.

La intervención en esta etapa es básicamente la reconstrucción de la interacción dañada que tiene el sujeto con su medio, tratando de modificar las pautas de interactuar con su medio cercano y con parejas sentimentales que vendrán en el futuro. Para esto es necesario conocer, en cuál de las tres etapas, se solicitó el tratamiento, pues de esto se presume el pronóstico.

Etapa I: el paciente está inmerso dentro de una relación patológica de pareja. El trabajo fundamental en esta etapa será examinar minuciosamente la relación de pareja, una vez que se conoce lo fatal que es la relación, es necesario convencer al dependiente de su realidad patológica, empujándola a concluirla, a menos que ésta se pueda equilibrar, esto dependerá de la severidad del trastorno.

Etapa II: ya se ha producido la ruptura, o el paciente acude al tratamiento después de la misma. Si el paciente llegó en esta etapa, lo más esperado que manifieste un trastorno comórbido con el eje I como una depresión mayor. Será necesario en ocasiones contar con la ayuda farmacológica cabe señalar que hay que ser sumamente cautelosos, al esperar que

la tormenta emocional disminuya para luego encaminarla a la superación del síndrome de abstinencia.

Etapa III: el paciente está solo, sin síndrome de abstinencia, o disfruta de una relación equilibrada. Aunque resulte casi imposible que un sujeto busque ayuda en esta etapa, o más aún que un dependiente se encuentre en esta; es necesario prepararse para ello. El objetivo principal, será utilizar este espacio para preparar al sujeto a desenvolverse de forma más funcionales y reconfortantes en las relaciones venideras, potenciar lazos afectivos con otras personas generadoras de bienestar.

Reestructuración en la dimensión interpersonal. Se modificarán las pautas de interacción, desde la menos problemáticas hasta las más patológicas. Estas modificaciones serán a base de cambios de actitud.

Dimensión afectiva.

Continuando con lo expuesto en el principio de esta propuesta de intervención sugerida por Castelló. Dentro de la dimensión afectiva, es preciso estudiar a detalle el plano anímico en los distintos estados emocionales, ya sean positivos o negativos del dependiente emocional. Así, sabiendo que los estados emocionales son el resultado de la interacción directa entre la personalidad y las circunstancias o hechos que puedan generar reacciones. El estado ánimo del dependiente emocional estará condicionado por su autoestima en general y básicamente de la relación que tiene consigo mismo. En definitiva, mejorar esta dimensión afectiva, implicará mejorar el estado de ánimo en general y por ende mejorará las otras dimensiones. Por ello es necesario que se convenza que modificando a mejora la relación que tiene consigo mismo, podrá encontrar la felicidad y el sentido de su vida, esto involucra que deberá desvincularse emocionalmente de personas que vulneran su amor

propio; además es necesario arrancar los sentimientos de culpa, los supuestos defectos, argumentos perjudiciales y otros, para ello se utiliza el modelo de enfermedad ya explicada en la dimensión psicodinámica. El objetivo principal es que comprenda que debe poseer un amor incondicional por sí mismo.

Dimensión cognitiva.

Se hace la intervención en el área cognitiva donde están almacenados los pensamientos, las creencias y opiniones. Es esperable que en el dependiente emocional existan distorsiones cognitivas, especialmente aquellos que son comórbido con algún al trastorno del eje I; los cuales son pensamientos que no están basadas en la realidad y conllevan a un estado de ánimo negativo. Entre las distorsiones más frecuentes giran en torno a temas de autoconcepto, concepto del objeto, asunción del sistema de creencias del objeto. Esta intervención se puede utilizar en el momento que sea necesaria generalmente es utilizada en el trabajo general de reestructuración, habiendo el paciente ya superado el síndrome de abstinencia.

Dimensión conductual.

Al no ser una dimensión frecuentemente afectada es poco utilizada; sin embargo es necesario conocer de ella y utilizarlo en el momento oportuno, estando siempre alerta a un comportamiento desadaptativo y sugerir por ejemplo una modificación de hábitos en relación a una conducta específica.

Distorsiones cognitivas.

Beck en 1963 (citado por Caro, 2007) afirma que las distorsiones cognitivas son distorsiones de la realidad que se elaboran sistemáticamente y que provocan

consecuentemente un sesgo hacia nosotros mismos. Son cogniciones que persisten frente a la firme evidencia de lo contrario.

Del mismo modo, Freeman, Pretzer, Fleming y Simon (citado por Caro, 2007) refieren que las distorsiones cognitivas llevarían a que los individuos extrajeran conclusiones equivocadas a pesar de que la percepción que realicen de una situación sea correcta. Entonces, si la situación es percibida de manera inexacta, las distorsiones cognitivas incrementarán el impacto de estas percepciones erróneas.

De acuerdo a Beck (citado por Caro, 2007) existe similitud entre las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, puesto que ambas aparecen en los individuos sin previa reflexión o razonamiento, aparentan ser aceptables ante los ojos de éstos y son menos susceptibles de ser modificadas mediante la razón o evidencia que las contradice que otras tipos de ideas o cogniciones no asociadas con una forma de psicopatología en concreto. A continuación Bedrosian y Beck (citado por Caro, 2007) describen las distorsiones cognitivas más importantes que se han reproducido más comúnmente en los manuales.

- Inferencia arbitraria: Consiste en llegar a una conclusión sin contar con evidencia que apoye dicha conclusión o incluso contando con evidencia que la contradiga.
- Abstracción selectiva: Consiste en percibir una situación completa considerando un único aspecto e ignorando otros aspectos más resaltantes de la misma.
- Sobregeneralización: Patrón mediante el que se extrae una regla o conclusión basándose en uno o más incidentes aislados, el cual es aplicado a varias situaciones que podrían guardar relación o no.

- Magnificación y minimización: Distorsión que consiste en valorar erróneamente la realidad, ya que se evalúa la magnitud o el significado de un evento mediante errores bastante severos.
- Personalización: Tendencia a adjudicarse eventos externos sin que exista un fundamento o una razón para hacerlo.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Tendencia a clasificar todas las experiencias en categorías opuestas; es decir, la experiencia se considera negativa o positiva.
- Estimaciones falsas relacionadas con el peligro vs. la seguridad que conllevan un daño físico y psicosocial.
- Actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor: Creencias equivocadas según las cuales la verdadera felicidad o el éxito poseen condiciones previas para ser alcanzados.

3.2.Pensamientos automáticos

Beck (citado por Caro, 2007), afirma que los pensamientos automáticos son fruto directo de los esquemas y que pueden tomar forma verbal o ideativa. Son básicamente conclusiones, juicios e interpretaciones que aparecen en forma automática. Los pensamientos automáticos, son pensamientos involuntarios, taquigrafiados que emergen rápidamente, son además alejadas de la realidad y carecen de un fundamento lógico y comprobable, es un reflejo de las distorsiones del pensamiento que son traducidas del inconsciente (Ruiz, citado por McKay, Davis y Fanning, 1988). De la misma manera, Beck en 1995 (citado por Caro, 2011) manifestó que los pensamientos automáticos son considerados también un nivel más superficial de cognición y están constituidos por palabras o imágenes que pasan rápidamente por la mente del sujeto que se expresan en inferencias y que se traducen luego en emociones, sensaciones fisiológicas y conductas.

Los pensamientos automáticos se vinculan con el flujo de la conciencia y tienen tres elementos: direccionalidad, la cual se refiere hacia dónde está dirigido dicho pensamiento, curso o la velocidad del pensamiento y contenido, que implica qué es lo que piensa concretamente.

3.2.1. Características de los pensamientos automáticos.

- Mensajes específicos y discretos.
- A menudo los pensamientos aparecen taquigrafiados, como una brevísima reconstrucción de un evento pasado.
- No importa lo irracionales que sean, siempre serán creídos, no son probados, ni sus conclusiones son lógicas.
- Los pensamientos automáticos se viven como espontáneos, entran de forma intempestiva a la mente.
- A menudo los pensamientos automáticos se expresan en términos de “habría de, tendría que, debería” generando sentimiento de culpa y baja autoestima.
- Los pensamientos automáticos tienden a dramatizar, fortaleciendo su fuente de ansiedad.
- Los pensamientos automáticos son relativamente idiosincráticos.
- Los pensamientos automáticos son muy difíciles de desviar, parecen ir
- Los pensamientos automáticos son aprendidos.

3.2.2. Tipos de pensamientos automáticos.

Mckay, Davis y Fanning (1988) definen los quince pensamientos automáticos de la siguiente manera.

1. El filtraje.

Es similar a una visión de túnel, ya que se considera un solo aspecto o elemento de la situación y se ignora el resto. Este aspecto es sobrevalorado y consecuentemente la totalidad de la situación se ve teñida por éste. Los pensamientos se pueden magnificar mediante mucho procesos de filtraje. Cuando los pensamientos se sacan fuera de contexto, aislados de todas las experiencias buenas que nos rodean se hacen mayores y más espantosas de lo que realmente son. El resultado final es que todos los temores, carencias e irritaciones se exageran en importancia porque llenan la conciencia con exclusión de todo lo demás. Las palabras clave de este tipo de pensamiento son: terrible, tremendo, desagradable, horroroso, etc. Además su frase característica es no puedo resistirlo.

2. Pensamiento polarizado.

Se caracteriza por reiteradas elecciones dicotómicas mediante las que cualquier evento o situación se percibe de manera extremista; es decir, sin términos medios. Las personas y todo lo demás son buenos o malos. De esta manera, las personas viven en un mundo en blanco y negro en el que debido a que no perciben los matices grises, sus respuestas a los eventos o circunstancias de la vida oscilan de un extremo emocional a otro. Por lo tanto, si el individuo no se percibe perfecto o brillante, se considerará un fracaso o un inepto.

3. Sobregeneralización.

Se caracteriza por llegar a una conclusión generalizada a partir de un elemento de evidencia o un simple incidente. Las sobregeneralizaciones se expresan como afirmaciones absolutistas que rigen la vida de las personas que la poseen, imponiéndose a sus vidas una ley inexistente que gobierna y limita el curso de la felicidad. La conclusión se basa en una o dos piezas de evidencia y cuidadosamente se ignora todo lo que uno conoce de sí mismo

que pueda contradecirlas. Las palabras usadas cuando se posee este tipo de pensamiento es todo, nadie, nunca, siempre, todos y ninguno.

4. Interpretación del pensamiento.

Resulta ser cuando la persona hace constantes juicios e interpretaciones de lo que considera que otra persona piensa sobre determinado evento; además suele presumir de cómo las personas reaccionan ante cierta persona. En la mayoría de casos hacen suposiciones de sobre cómo se deben sentir los demás y que está motivándolos a ello. Este pensamiento automático es resultado del proceso de proyección del individuo; así el sujeto podría imaginar y presumir que las personas piensan, sienten y reaccionan de un determinado modo, como él inconscientemente lo haría, finalmente las interpretaciones de pensamientos, se sustentan en sus propias verdades y asumen las circunstancias con seguridad de que es real, sin importar las conclusiones de terceros, y más aún sin tener pruebas contundentes para reafirmar su apresurada interpretación.

5. Visión catastrófica

Se da cuando la aflicción que manifiesta el sujeto por alguna preocupación está basada en algo que es mínimo, pero que percibe como algo terrible; estos pensamientos normalmente se inician con un “y sí...” manteniendo siempre una visión pesimista sobre un hecho, o sobre lo que vendrá en el futuro.

6. Personalización.

Es el pensamiento automático que consiste en intentar relacionar algo del ambiente consigo mismo. El sujeto muchas veces atribuye para sí los desperfectos externos, haciéndose responsable de ellos. Aparte de ello, mantiene el mal hábito de estar continuamente comparándose con lo demás e interpretar cada experiencia como un camino que lo conduce a analizarse y tener una valoración de sí mismo; es decir, tras cada

comparación que haga el sujeto con otra persona y resulte para sí ganador, experimentará una satisfacción inmediata pero ésta no será duradera, puesto que se encontrará perdedor en otras ocasiones, experimentando fracaso y dolor.

7. Falacia de control.

Es el pensamiento que considera mantener el sentido de poder y de control. Entonces, el sujeto sostenedor de esta falacia puede verse a sí mismo impotente y externamente controlado, omnipotente y responsable de todo lo que ocurra alrededor. Cuando se siente controlado de forma externa se bloqueará puesto que desde su punto de vista le será muy difícil encontrar soluciones, atribuyendo a lo externo como fuente de su malestar. En contraste a la falacia de control externo es la interna, donde el sujeto se siente responsable de todo lo que suceda a su alrededor; este sentimiento de omnipotencia dependerá de tres elementos: la sensibilidad que siente por las demás personas con las que se vincula; una creencia errónea de acerca de su poder para cubrir las necesidades de otros; y la expectativa de que es ella quien deba satisfacer aquellas necesidades.

8. Falacia de justicia.

Está basada en las normas legales, siendo la justicia una evaluación subjetiva de lo que se espera, necesita o desea que otra persona proporcione para satisfacer los intereses personales y al no siempre ser satisfecha se irá experimentando un sentimiento de ira y enojo cada vez mayor. Esta falacia está siempre acompañada de un sí, si las personas harían esto por mí me sentiría bien, buscando siempre una valoración adecuada y que no siempre se recibirá.

9. Razonamiento emocional.

Es un pensamiento automático mediante el que el sujeto fundamenta que todo aquello que siente es verdadero, ya que lo siente como real, de manera que las cosas negativas que

percibe de sí mismo se fundamentan en el razonamiento de origen emotivo y distorsionado, careciendo de validez. El sujeto que razona de esta forma distorsionada, se sentirá del mismo modo.

10. Falacia de cambio.

Este pensamiento está fundamentado en que la felicidad dependerá de los actos de los demás. Se considera con esta forma de pensar que las personas deben cambiar para adaptarse al sujeto y así ofrecerles felicidad; adicionalmente piensa que cuanto más presione, esto funcionará. Para lograr el cambio en otras personas utilizará estrategias diversas de forma algo forzadas, que por el contrario no causarán ningún cambio, sino sólo rechazo y cansancio. El error básico es esperar ser feliz mientras los otros satisfagan sus necesidades.

11. Etiquetas globales.

Consiste en juzgar a los demás mediante la generalización de una o dos cualidades en un juicio global y eliminarlos por completo e incluso a sí mismo. Es un pensamiento más radical en relación a las características de alguien, puesto que si alguien tiene un defecto u otro eso no lo debería hacer indeseable del todo.

12. Culpabilidad.

Este pensamiento genera malestar para sí mismo y para los que rodean al sujeto. Es verdad que descubrir que el responsable de una ofensa o una agresión no sea uno mismo genera cierto alivio; sin embargo, la culpabilidad implicará que se convierta a otro individuo en el responsable directo de los errores e irresponsabilidades propias. También existen personas que se esclavizan con el mundo echándose la culpa de todo, sintiéndose incompetentes, frágiles, insensibles, estúpidas, etc., estando siempre dispuestas a sentirse equivocadas.

13. Los debería.

Son pensamientos automáticos, radicales e inflexibles que supone que deben regirse en la vida de todos. Encuentra malo y despreciable cualquier desviación a alejamiento a los valores y morales que tiene establecidos en los dogmas del sujeto, pues las reglas deben ser siempre correctas e indiscutibles. El individuo que posee estos pensamientos a menudo personifica a un juez que constantemente encuentra fallas en otras personas y también en sí mismo y lo acompañará generalmente estas palabras como “debería”, “habría de” o “tendría” estarán en el vocabulario. Existe una lista más común de los debería propuesta por Horney (citado por Mckay y Davis, 1988) denominada la tira de los debería:

- Debería ser un compendio de generosidad, consideración, dignidad, coraje y altruismo.
- Debería ser el amante, amigo, padre, profesor, estudiante, esposo, perfecto.
- Debería ser capaz de soportar cualquier penalidad con ecuanimidad.
- Debería ser capaz de encontrar una rápida solución a cualquier problema.
- Ne debería sentirme herido nunca, siempre debería estar feliz y sereno.
- Debería conocer, entender y preverlo todo.
- Debería ser siempre espontáneo, y al mismo tiempo debería controlar siempre mis sentimientos.
- No debería sentir ciertas emociones, tales como cólera o celos, nunca.
- Debería amar a mis hijos por igual.
- Ne debería equivocarme nunca.
- Mis emociones deberían ser constantes – siento amor algunas veces y debería sentirlo siempre.
- Debería confiar totalmente en mí mismo.

- Debería ser asertivo, sin herir nunca a nadie.
- No debería estar cansado o enfermo nunca.
- Debería ser siempre extremadamente eficiente.

14. Falacia de razón.

Es una distorsión donde el sujeto adopta una posición de estar siempre a la defensiva, es inflexible a aceptar las opiniones de los demás, siempre está buscando que sus argumentos y sus acciones son las correctas, está defendiendo y alegando que él nunca se equivoca. Lo lamentable es que difícilmente pueden cambiar ya que son incapaces de recibir alguna información que no lo considera digna para él. Las personas que tiene estos pensamientos normalmente se encuentran solas, al hacerse indeseables.

15. Falacia de recompensa divina.

Es cuando la persona mantiene la idea de que en cuanto más correcta se comporte, mayor probabilidad tendrá de recibir una recompensa; para esto utiliza un arduo trabajo y está llena de sacrificios, como si con ello acumulara puntos.

3.3 Esquemas.

Young, Klosko y Weishaar (2001) refieren que “los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos” (citado por Caro, 2007, p.322). De acuerdo a Young (1999) dichos esquemas resultan familiares y cómodos, provocando que la amenaza de cambio resulte un desestabilizador de la organización cognitiva central, por lo que el individuo distorsiona la información y utiliza maniobras cognitivas para mantener válido e intacto el esquema (citado por Lemos y Jaller, 2009). Young, Weinberger y Beck (2001) refieren que los esquemas son verdades a priori, se auto-perpetúan, son resistentes al cambio, son

disfuncionales, suelen ser producidos por cambios ambientales, provocan un afecto elevado, son el resultado de la interacción entre el temperamento y experiencias evolutivas disfuncionales (citados por Caro, 2007). Young, et al., añaden que surgen de necesidades emocionales centrales, experiencias de vida tempranas y el temperamento emocional. (citados por Caro, 2007).

- Los esquemas disfuncionales tempranos reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente. En función de esto,
- Se autoperpetúan, por eso son más difíciles de cambiar.
- Son claramente disfuncionales y, por tanto, mantenerlos tiene consecuencias negativas.
- Se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema en concreto.
- Están asociados a niveles elevados de afecto.
- Son consecuencia de experiencias disfuncionales con los padres, los hermanos, etc., es decir, de experiencias que tenemos con las personas significativas de nuestra vida, sobre todo, en los primeros años de la vida.

Con respecto a las necesidades emocionales centrales, Young et al., (2003; citado por Caro, 2007) los esquemas son el resultado de necesidades emocionales básicas que no se suplieron en la infancia, las cuales son:

- Lograr un apego seguro con las otras personas en relación, por ejemplo, a la seguridad, la estabilidad o la aceptación.
- La autonomía, la competencia y la sensación de identidad.
- La libertad para expresar nuestras necesidades y nuestras emociones válidas.
- La espontaneidad y el juego.

- Los límites realistas y el autocontrol.

En cuanto a las experiencias tempranas de vida, Young, et al. (citado por Caro, 2007) manifiestan que las experiencias infantiles perjudiciales son la causa de los esquemas disfuncionales tempranos. Las siguientes cuatro tipos de experiencias tempranas harían posible la formación de estos esquemas:

- Frustración dañina de las necesidades. El niño recibe escasamente algo bueno (comprensión, estabilidad o amor), por lo que adquiere esquemas como el de deprivación emocional o el abandono.
- Traumatización o la victimización. El niño recibe maltratos, elaborando consecuentemente esquemas como el de la vulnerabilidad al daño o el de imperfección/vergüenza.
- El tercer tipo consiste en que los padres dan al niño algo de manera excesiva, desarrollándose en éste, esquemas como el de dependencia o incompetencia.
- Internalización selectiva o la identificación con otros significativos. El niño selecciona elige, se identifica e internaliza los pensamientos, sentimientos, experiencias y conductas de los padres.

3.4 Relación entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos

Beck (2000) manifiesta que según el modelo cognitivo, cada individuo posee ciertas creencias y estrategias que forman parte de su perfil cognitivo característico. Estas creencias son importantes, ya que guían su procesamiento de la información y determinan la formación de concepciones mentales de sí mismo y del entorno, lo que a su vez le posibilita adaptarse al ambiente (citados por Lemos, Jaller, González, Díaz y De La Ossa, 2010). Aparte de ello, refirió en 1987 (citado por Lemos et al., 2010) que de acuerdo a

este modelo los esquemas, los cuales son estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, resultan relevantes; ya que dirigen la búsqueda, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información. Adicionalmente en el 2000 manifestó que la actividad principal del sistema de procesamiento de la información es la determinación de significados, los que a su vez influyen en las emociones y conductas de los individuos, conllevando a que sus sentimientos no se encuentren determinados por las situaciones; sino por la manera cómo son interpretadas (citado por Lemos et al., 2010).

Por otro lado, Lemos (2007) afirma que el procesamiento de información de los individuos con dependencia emocional es diferente al de los individuos sin dependencia emocional, puesto que poseen un mayor número de distorsiones cognitivas, encontrándose que los deberías y la falacia de control son las distorsiones cognitivas que más refuerzan los esquemas de dependencia emocional. En este sentido, los procesos cognitivos guían el procesamiento de la información hacia, entre y desde los esquemas con el objetivo de generar productos o eventos cognitivos. Es de este modo que es factible entender que los individuos con dependencia emocional poseen un perfil cognitivo singular mediante el cual interpretan los hechos de manera diferente, estando orientados a cubrir sus necesidades afectivas insatisfechas (Castelló, 2005; Lemos y Londoño, 2006). Por ende, el reconocimiento de las distorsiones cognitivas contribuye a la comprensión del mantenimiento de los esquemas de dependencia emocional, y a la manera cómo se generan los productos o eventos cognitivos que reflejan el patrón interpersonal disfuncional hacia la pareja.

Jaller y Lemos (2009) mencionan en relación a su estudio, que los universitarios con dependencia emocional tienen la sensación de que no se experimentan una relación estable

y fiable con sus figuras significativas, así como una sensación de que no son dignos de ser amados, aceptados, atendidos y respetados, siendo ambos tipos de sensaciones resultados de los esquemas desadaptativos tempranos de desconfianza/abuso e insuficiente autocontrol, los que a su vez explican un gran porcentaje de las conductas de estos estudiantes en sus relaciones afectivas.

Young (1999) plantea que quienes tienen el esquema presentan la sensación de que no se tiene una relación estable y fiable con sus figuras significativas, así como una sensación de que no se es digno de ser amado, aceptado, atendido y respetado (citado por Lemos y Jaller, 2009). Esto implica que los dependientes emocionales presentan una sensación de impredecibilidad acerca de la satisfacción de las propias necesidades afectivas y la creencia de que aquéllos que rodean el individuo lo van a hacer víctima de sus humillaciones, engaños, abusos o mentiras. Esto se evidenciaría en comportamientos como la ansiedad por separación y la búsqueda constante de expresión afectiva de la pareja (Lemos y Londoño, 2006), que logran explicar los comportamientos demandantes hacia éstas; así como las preocupaciones acerca del abandono y la disponibilidad de las figuras de apego, que llevan a que estas personas presenten altos síntomas de ansiedad y sentimientos de inferioridad.

Asimismo, Lemos, Jaller, González, Días y De La Ossa (2010), refieren que las personas con dependencia emocional presentan un perfil cognitivo caracterizado por un esquema desadaptativo temprano de “desconfianza/abuso”, creencias centrales “paranoides” y “dependientes”, una distorsión cognitiva de “falacia de cambio” y “autonomía” como estrategia hipodesarrollada de afrontamiento.

3.5 Depresión

3.5.1 Definición

La palabra depresión proviene del latín depressio que significa hundimiento. Es como el paciente experimenta sentirse (hundido), con una sensación de pesadez sobre él, sobre su vida entera. Es un síndrome es decir agrupación de síntomas afectivos esto en la esfera de las emociones o sentimientos: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las vicisitudes de la vida cotidiana; sin embargo no es la única esfera en la que se encuentra; sino también rebela síntomas de tipo cognitivo, y en ocasiones somático.

Criterios de diagnóstico

Tabla 1

Criterios diagnósticos de la depresión según los manuales

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

- A
- Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
 - (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 - (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 - (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o

un plan de suicidio específico.

- B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
- C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
- E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Tabla 2

Criterios para el trastorno depresivo episodio único

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Leve Crónico Con síntomas catatónicos

Moderado Con síntomas melancólicos

Grave sin síntomas psicóticos Con síntomas atípicos

Grave con síntomas psicóticos De inicio en el posparto

En remisión parcial/en remisión total

No especificado

Tabla 3

Criterios para el trastorno la depresión mayor

Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

Leve

Moderado Grave sin síntomas psicóticos

Grave con síntomas psicóticos

En remisión parcial/en remisión total

No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar: Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) Con patrón estacional

Tabla 4

Criterios para el trastorno distímico

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico): Con síntomas atípicos

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis general.

Existe relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

4.2 Hipótesis específicas.

- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático filtraje en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático pensamiento polarizado en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático sobregeneralización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático interpretación del pensamiento en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático visión catastrófica en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático personalización en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de justicia en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático razonamiento emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de cambio en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático etiquetas globales en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático culpabilidad en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático deberías en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de razón en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

- Existe relación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de recompensa divina en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de la investigación

Diseño no experimental y de corte transversal, ya que no se manipulará las variables y los datos serán tomados en un momento dado. El tipo de estudio es descriptivo-correlacional, ya que se describe el comportamiento de la dependencia emocional y los pensamientos automáticos y la relación entre ellas (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

2. Variables de la investigación

2.1. Identificación de las variables.

2.1.1. Dependencia emocional.

Castelló (citado por Lemos y Londoño, 2006) define a la dependencia emocional como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas. Este cuestionario consta de seis dimensiones.

Ansiedad de separación: Factor que refleja las expresiones emocionales del miedo producidas ante la posibilidad de disolución de la relación.

Expresión afectiva: Factor que refleja la expresión de necesidad del sujeto de tener constantes expresiones de afecto de su pareja que reafirmen el amor que se sienten y que calme la sensación de inseguridad.

Modificación de planes: Factor que refleja la disposición de cambio de actividades, planes y comportamiento debido a los deseos implícitos o explícitos por satisfacer a la pareja o a la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con ella.

Miedo a la soledad: Factor que refleja la descripción del componente donde se identifica el temor por no tener una relación de pareja, o por sentir que no es amado.

Expresión límite: Factor que refleja el temor a la posible ruptura de una relación para el dependiente emocional puede ser algo tan catastrófico por su enfrentamiento con la soledad y la pérdida del sentido de vida, que puede llevar a que el sujeto realice acciones y manifieste expresiones impulsivas de autoagresión, relacionadas con las características de la persona con un trastorno límite de la personalidad.

Búsqueda de atención: Factor que manifiesta la búsqueda activa de atención de la pareja para asegurar su permanencia en la relación y tratar de ser el centro en la vida de éste (a).

2.1.2. Pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos, son pensamientos involuntarios, taquigrafiados que emergen rápidamente, son además alejadas de la realidad y carecen de un fundamento lógico y comprobable, es un reflejo de las distorsiones del pensamiento que son traducidas del inconsciente (Ruiz, citado por McKay, Davis y Fanning, 1988).

Filtraje: Selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación.

Pensamiento polarizado: Valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.

Sobregeneralización: Sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez.

Interpretación del pensamiento: Tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

Visión catastrófica: Adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.

Personalización: Hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.

Falacia de justicia: Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.

Razonamiento emocional: Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.

Falacia de cambio: Pensamiento mediante el que se cree que son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de ellos.

Etiquetas globales: Consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.

Culpabilidad: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.

Los deberías: Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.

Falacia de razón: Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.

Falacia de recompensa divina: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro.

2.2. Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Items	que	la
----------	-------------	-------	-----	----

		conforman
<i>Dependencia emocional</i>		
Patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas	Ansiedad de separación	2,6,7,8,13,15,17
	Expresión afectiva de la pareja	5,11,12,14
	Modificación de planes	16,21,22,23
	Miedo a la soledad	1,18,19
	Expresión límite	9,10,20
	Búsqueda de atención	3,4,24
<i>Pensamientos automáticos</i>		
Son pensamientos involuntarios, taquigrafiados que emergen rápidamente, son además alejadas de la realidad y carecen de un fundamento lógico y comprobable, es un reflejo de las distorsiones del pensamiento que son traducidas del inconsciente.	Filtraje	1,16,31
	Pensamiento polarizado	2,17,32
	Sobregeneralización	3,18,33
	Interpretación del pensamiento	4,19,34
	Visión catastrófica	5,20,35
	Personalización	6,21,36
	Falacia de justicia	8,23,38
	Racionamiento emocional	9,24,39
	Falacia de cambio	10,25,40
	Etiquetas globales	11,26,41
	Culpabilidad	12,27,42
Los debería	13,28,43	
Falacia de razón	14,29,44	
Falacia de recompensa divina	15,30,45	

3. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se realizó en las instalaciones de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, ubicada en el Km. 3.5, carretera central, Santa Anita 115011. El periodo en el que se ejecutó el estudio comprende los meses de marzo a julio del presente año.

4. Población y muestra

4.1 Población

La población estuvo conformada por pacientes de sexo femenino con diagnóstico de depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Son 50 pacientes femeninas quienes representaron a la muestra.

4.1.1 Criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de inclusión:

- Tener entre 18 a 50 años de edad.
- Pacientes que impresionen un coeficiente intelectual promedio a más.
- Que no se encuentre en consumo de sustancias psicoactivas.
- Que acepte voluntariamente participar en la investigación.

b. Criterios de exclusión

- Menores de edad o mayores de 50 años.
- Pacientes que impresionen un coeficiente intelectual inferior.
- Pacientes con depresión comórbida a sustancias psicoactivas.
- Pacientes que presenten signos y síntomas correspondientes a un cuadro psicótico.
- Pacientes que omitieron algunas respuestas, cuyas pruebas se invalidaron.

4.2 Selección de la muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, en función a que la elección de los sujetos a investigar se determinó previamente de forma arbitraria y no respondió al criterio de que a todos los sujetos tengan la misma probabilidad de ser elegidos; en ese sentido, el muestreo no depende de la representatividad en la selección de los elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características determinadas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.3 Características de la muestra.

Tabla 2

Características sociodemográficas de la muestra de estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de depresión		
Leve	7	14%
Moderado	37	74%
Severa	6	12%
Situación Sentimental		
En una relación	34	68%
Ruptura reciente	10	20%
No tiene una relación	6	12%
Medicación		
Si	31	62%
No	19	38%
Hospitalización		
Si	3	6%
No	47	94%

5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

5.1. Instrumentos.

Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) (Lemos y Londoño, 2006).

Este cuestionario evalúa la dependencia emocional. Fue elaborado por Lemos y Londoño en el año 2006 en Colombia. Consta de 23 ítems, los cuales están clasificados en 6 dimensiones, las que son: Ansiedad por separación (6 ítems), expresión afectiva (4 ítems), modificación de planes (4 ítems), miedo a la soledad (3 ítems), expresión límite (3 ítems), búsqueda de atención (2 ítems). Es de tipo Likert y tiene 6 opciones de respuesta (1=completamente falso de mí, 6=me describe perfectamente). Inicialmente el instrumento

constaba de 66 ítems, sin embargo, posteriormente 43 de ellos fueron excluidos a través de un análisis factorial por no cumplir con los criterios para la selección. El cuestionario final quedó conformado por 23 ítems y seis factores. El Alfa de Cronbach de la escala total fue de 0,927.

Inventario de Pensamientos automáticos (Ruiz y Luján, 1991).

Este inventario evalúa los siguientes pensamientos automáticos: filtraje, pensamiento polarizado, sobre generalización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, razonamiento emocional, etiquetas globales, culpabilidad, deberías, tener razón y falacia de recompensa divina. Fue elaborado por Ruiz y Luján en el año 1991. Presenta una escala de calificación tipo likert de 0 a 3 con las siguientes valoraciones: 0 = Nunca pienso eso, con 3 = mucha frecuencia lo pienso. Una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que está afectando en la actualidad a la persona considerablemente. La fiabilidad del mencionado instrumento se valoró calculado el índice de consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, donde el total es ,955. Es necesario mencionar que en el proceso del estudio se retiró al pensamiento automático falacia de control debido a su baja consistencia (,475) (ver anexo 3).

5.2. Proceso de recolección de datos.

Los datos fueron recolectados en un lapso de 4 meses. La forma de aplicación fue individual durante aproximadamente 30 minutos. Quienes evaluaron a las pacientes fueron las investigadoras y en algunos casos los psicólogos del departamento de diagnóstico y del departamento de modificación de conducta. El consentimiento informado se administró previamente a la aplicación de los instrumentos.

6. Procesamiento y análisis de datos.

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versión22. Los análisis estadísticos que se realizaron son de índole descriptivo -correlacional. Se utilizó el r de Pearson, el estadístico de Kolmogorv- Smirnov entre otros para la prueba de hipótesis.

Capítulo IV

Resultados y discusiones

1. Resultados

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1 Tablas descriptivas de la variable dependencia emocional.

Nivel de dependencia emocional

La tabla 1 permite apreciar que las pacientes con cuadro de depresión presentan niveles entre moderado (52%) y alto (28%) en relación a la ansiedad de separación; es decir, que la mayoría de las pacientes presentan miedo intenso ante la posibilidad de la ruptura sentimental con la pareja. Asimismo, un 44% evidencia una necesidad moderada de expresión de afecto constante por parte de su pareja que calme su sensación de inseguridad. Del mismo modo, el 52 % manifiesta una disposición marcada de cambiar sus actividades y planes con la finalidad de satisfacer a su pareja o ante la posibilidad de compartir más tiempo, juntos. Se aprecia también que más de la mitad de las mujeres tienen miedo a la soledad (54%). En relación a expresión límite, el 42% de la muestra evidencia niveles moderados; es decir, que la mayoría de las pacientes presenta conductas autodestructivas con el fin de retener a la pareja, característica que se asemeja al trastorno límite de la personalidad. Finalmente se observa que el 56% de las evaluadas manifiestan niveles moderados con respecto a la búsqueda de atención, lo cual refleja que la mayoría busca activamente la atención de pareja con el propósito de asegurar su permanencia en la relación y ser el centro en la vida de su pareja.

Tabla 1

Niveles de dependencia emocional en pacientes femeninas con depresión

Dependencia emocional	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	N	%	N	%
Ansiedad de separación	10	20%	26	52%	14	28%
Expresión afectiva de pareja	11	22%	22	44%	17	34%
Modificación de planes	10	20%	26	52%	14	28%
Miedo a la soledad	9	18%	27	54%	14	28%
Expresión límite	16	32%	21	42%	13	26%
Búsqueda de atención	12	24%	28	56%	10	20%

Dependencia emocional y uso de fármacos

En la tabla 2 se puede percibir que pacientes de sexo femenino diagnosticadas con depresión, presentan en su mayoría un nivel moderado de dependencia emocional. Asimismo, podemos observar que guarda relación con la medicación recibida (sí o no) respecto a las diferentes dimensiones de la dependencia emocional. Respecto a la ansiedad de separación un 22,6% de las que presentaron alto nivel de dependencia emocional fueron medicadas y las que no recibieron medicación son el 36,8%; esto quiere decir que las pacientes no medicadas muestran niveles más altos de ansiedad y temor considerable ante la posibilidad de la ruptura sentimental o sean abandonas por sus parejas. Del mismo modo, se percibe que un 29.0% de las mujeres evaluadas que presentan niveles altos de necesidad de expresión de afecto de sus parejas fueron medicadas; y un porcentaje superior (42,1%) exhiben niveles más altos, esto indica que el uso de medicamentos menguan la necesidad de expresión constante de afecto de sus parejas con el fin de disminuir sus sensaciones de inseguridades. Por otro lado, el 29,0% que recibieron medicación y 26,3% que no recibieron de las pacientes evaluadas, presentan niveles altos de disposición a cambiar sus

planes, actividades y compromisos con la finalidad de satisfacer a la pareja o a la simple posibilidad de compartir tiempo con éste; esto explica que el uso de los fármacos no influye considerablemente para disminuir tal necesidad.

Asimismo, el 25,8% de evaluadas con niveles altos de miedo a la soledad fueron medicadas; un porcentaje mayor (31,6 %) no recibieron medicación; esto quiere decir que el uso de los medicamentos en estas pacientes puede menguar la ansiedad motivada por miedo exagerado a no encontrarse dentro de una relación sentimental. Así también el 22,6% de pacientes que fueron medicadas y el 31,6% que no lo fueron presentaron niveles altos de expresión límite; esto revela que el uso de fármacos tiene un efecto positivo para menguar la posibilidad en que las dependientes emocionales realicen actos impulsivos de autoagresión o catastróficos con la finalidad de no ser abandonadas por el ser “amado”; lo cual está relacionada con las características de la persona con un trastorno límite de la personalidad. Finalmente, observamos respecto a la necesidad de búsqueda de atención que experimentan las evaluadas en niveles altos que un 19,4% de pacientes fueron medicadas y un porcentaje mayor (21,1%) no recibieron tal medicamento; lo cual significa que los fármacos lograron una ligera mejoría ante la búsqueda activa de atención de la pareja para asegurar su permanencia en la relación y tratar de ser el centro en la vida de éste.

Tabla 2

Nivel de dependencia emocional y tratamiento farmacológico

Dependencia emocional	Medicación			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Ansiedad de separación				
Bajo	6	19,4%	4	21,1%
Moderado	18	58,1%	8	42,1%
Alto	7	22,6%	7	36,8%
Expresión afectiva de la pareja				
Bajo	7	22,6%	4	21,1%
Moderado	15	48,4%	7	36,8%
Alto	9	29,0%	8	42,1%
Modificación de planes				
Bajo	6	19,4%	4	21,1%
Moderado	16	51,6%	10	52,6%
Alto	9	29,0%	5	26,3%
Miedo a la soledad				
Bajo	6	19,4%	3	15,8%
Moderado	17	54,8%	10	52,8%
Alto	8	25,8%	6	31,6%
Expresión límite				
Bajo	10	32,3%	6	31,6%
Moderado	14	45,2%	7	36,8%
Alto	7	22,6%	6	31,6%
Búsqueda de atención				
Bajo	9	29,0%	3	15,8%
Moderado	16	51,6%	12	63,2%
Alto	6	19,4%	4	21,1%
Dependencia global				
Bajo	7	22,6%	4	21,1%
Moderado	15	48,4%	11	57,9%
Alto	9	29,0%	4	21,1%

1.1.2 Descripción de pensamientos automáticos.

En la tabla 3 se observa que todas las pacientes tienen pensamientos automáticos que afectan su funcionalidad debido a la interpretación distorsionada que hacen de los eventos. Se aprecia además que el 64% presenta significativamente el pensamiento falacia de recompensa divina; es decir, no buscan solución a sus problemas y dificultades actuales porque suponen que la situación mejorara mágicamente en el futuro. Asimismo, con respecto al pensamiento automático filtraje, el 50% presenta significativamente, lo cual indica que suelen seleccionar en forma de túnel los eventos vividos, tomando en consideración un solo aspecto de dichos eventos. Así también, el 48% de las pacientes con depresión presenta el pensamiento automático de falacia de justicia, esto es, que tienen la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con sus deseos y necesidades.

Tabla 3

Niveles de pensamientos automáticos en pacientes femeninas con depresión

Pensamientos automáticos	No presenta		Presenta		Presenta significativamente	
	N	%	N	%	N	%
Filtraje	2	4%	23	46%	25	50%
Pensamiento polarizado	6	12%	32	64%	12	24%
Interpretación del pensamiento	10	20%	26	52%	14	28%
Visión catastrófica	8	16%	31	62%	11	22%
Personalización	10	20%	33	66%	7	14%
Sobregeneralización	8	16%	30	60%	12	24%
Razonamiento emocional	14	28%	25	50%	11	22%
Falacia de cambio	4	8%	27	54%	19	38%
Etiquetas globales	14	28%	27	54%	9	18%
Culpabilidad	6	12%	32	64%	12	24%
Deberías	1	2%	28	56%	21	42%
Falacia de razón	4	8%	33	66%	13	26%
Falacia de recompensa divina	3	6%	15	30%	32	64%
Falacia de justicia	2	4%	24	48%	24	48%

1.1.3 Prueba de normalidad

En la tabla 4 se observa que las variables presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p > 0.05$) tanto en la dependencia emocional como en los pensamientos automáticos. Por consiguiente, para el análisis estadístico correspondiente se empleó estadística no paramétrica.

Tabla 4

Análisis de ajuste a la curva normal de variables de estudio

Variable	Media	D.E	K.S	P
Dependencia emocional	96.44	24.025	,704	,705
Filtraje	5,46	2, 270	,787	,566
Pensamiento polarizado	3,86	2,408	1,27	,078
Sobregeneralización	3,90	2,323	1,06	,206
Interpretación del pensamiento	3,92	2,456	1,04	,230
Visión catastrófica	3,76	2,361	1,17	,126
Personalización	2,86	1,948	1,07	,202
Falacia de control	4,06	2,170	,901	,392
Racionamiento emocional	3,48	2,533	1,23	,093
Falacia de cambio	4,54	2,187	,985	,286
Etiqueta global	3,20	2,441	,938	,342
Culpabilidad	3,86	2,408	,991	,280
Los deberías	5,20	2,070	,962	,313
Falacia de razón	4,16	2,253	,966	,308
Falacia de recompensa divina	6,26	2,640	1,20	,110
Falacia de justicia	5,44	2,517	,807	,532

2. Análisis de Correlación

En la tabla 5 se aprecia que existe una relación altamente significativa y moderada entre la dimensión filtraje y la dependencia emocional en mujeres con depresión ($r = ,546$; $p < ,05$); es decir, a mayor frecuencia de pensamientos automáticos referidos al filtraje, mayor es el nivel de dependencia emocional de las mujeres hacia sus parejas. De manera similar se aprecia con las dimensiones falacia de cambio ($r = ,583$; $p < ,05$); sobregeneralización

($r=,507$; $p<,05$); deberías ($r=,500$; $p<,05$); culpabilidad ($r=,459$; $p<,05$) y la dependencia emocional; es decir, a mayor frecuencia de dichos pensamientos automáticos, mayor es el nivel de dependencia emocional en pacientes femeninas con depresión.

Por otro lado, se observa que existe baja correlación entre la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de recompensa divina ($r=-,264^*$, $p=-,064$).

Tabla 5

Coefficiente de correlación entre pensamientos automáticos y dependencia emocional

Pensamientos automáticos	Dependencia emocional	
	R	P
Filtraje	,546**	,000
Pensamientos polarizados	,382**	,006
Sobregeneralización	,507**	,000
Interpretación de pensamientos	,419**	,002
Visión catastrófica	,298**	,036
Personalización	,382**	,006
Racionamiento emocional	,395**	,005
Falacia de cambio	,583**	,000
Etiqueta global	,437**	,001
Culpabilidad	,459**	,001
Deberías	,500**	,000
Falacia de razón	,456**	,001
Falacia de recompensa divina	,264**	,064
Falacia de justicia	,457**	,001

** La correlación es significativa al nivel 0.01

3. Discusión

De las relaciones que el ser humano establece con los que le rodean, la relación de pareja se constituye necesaria para la continuidad de la especie y la experimentación de placer y afecto; sin embargo, muchas veces dichas relaciones románticas se tornan nocivas, ya que vulneran la salud física y psicológica. En la actualidad un gran número de mujeres en el Perú y el mundo son víctimas de violencia doméstica y feminicidio, problemáticas que los

medios de comunicación exhiben día a día. Son muchos los casos en los que las mujeres retiran las denuncias hechas a sus parejas después de experimentar humillaciones, críticas altamente negativas, infidelidades y agresiones de tipo físico y psicológico para después volver a lado de éstos. Es entonces que la dependencia emocional surge como una explicación para ambas problemáticas cada vez más frecuentes en nuestra sociedad. El presente estudio plantea que los pensamientos automáticos guardan relación con la dependencia emocional. En relación a ello, los resultados evidencian que existe una relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes femeninas con depresión; evidenciándose que las relaciones más significativas se dan con los pensamientos automáticos filtraje ($r=,546$; $p<,05$), falacia de cambio ($r=,583$; $p<,05$); sobregeneralización ($r=,507$; $p<,05$); debería ($r=,500$; $p<,05$) y culpabilidad ($r=,459$; $p<,05$). Esto quiere decir que a mayor frecuencia de estos pensamientos automáticos, mayor será el nivel de dependencia emocional en la muestra estudiada. De manera similar Lemos (2007) encontró diferencias significativas en el procesamiento de información de las personas con dependencia emocional, quienes poseían un mayor número de distorsiones cognitivas, siendo los debería y la falacia de control las que más refuerzan los esquemas de dependencia emocional. Las personas con dependencia emocional presentan un perfil cognitivo que se viene desarrollando desde la infancia como consecuencia de sus necesidades emocionales insatisfechas y que se caracteriza por las creencias y pensamientos errados en relación a su valía personal, relaciones con los demás y la manera en cómo perciben y estiman la amistad, la cercanía, la filiación, la soledad, la separación, la intimidad y la interdependencia. (Castelló, 2005; Lemos y Londoño, 2006; Hirschfeld, et al., 1997; Bireda, 1998). Así también, los dependientes emocionales tienen la sensación de no experimentar una relación estable y fiable con sus figuras significativas, así

como una sensación de que no son dignos de ser amados, aceptados, atendidos y respetados, siendo ambos tipos de sensaciones resultados de los esquemas desadaptativos tempranos de desconfianza/abuso e insuficiente autocontrol, los que a su vez explican un gran porcentaje de sus conductas en sus relaciones afectivas (Jaller, 2009). Cabe mencionarse que el presente estudio se realizó haciendo uso de una muestra de pacientes femeninas con depresión debido a que existe una fuerte vinculación entre la dependencia emocional y la depresión, resaltándose la relación entre el índice de suicidio y la dependencia emocional, por lo que se la considera consecuentemente un factor de riesgo de la depresión mayor (Sanathara, Garder, Prescott y Kendler, 2003; Bornstein y O'neil, 2000).

La dependencia emocional guarda relación con el pensamiento automático los debería, tipo de distorsión cognitiva por el que la persona rige su vida por reglas y normas rígidas e inflexibles acerca de la forma en que los eventos de la vida deben suceder, produciéndose una considerable perturbación emocional si dichas normas no se respetan (McKay, Davis y Fanning, 1988). Entonces, al interior de las relaciones de pareja, los deberían influen cómo las personas creen que las relaciones de pareja deben funcionar. Las dependientes emocionales tienden a establecer normas inflexibles con respecto a la exclusividad de la pareja, siendo desmedidas e irracionales sus demandas afectivas, aislándose de su entorno para entregarse con devoción a su pareja, exigiéndole a éste hacer lo propio y manteniendo una actitud sumisa a lo largo de la relación (Castelló, 2005).

Asimismo, el pensamiento automático falacia de cambio consiste en la creencia de que la vida de uno depende de los demás y por ende, ellos tienen que cambiar antes para que ellos también cambien (McKay, Davis y Fanning, 1988). Dicho pensamiento se refleja en la profunda necesidad que tiene el dependiente hacia su pareja y los demás, buscando acceder

a ambos constantemente y agradarles, ya que consideran que éstos poseen todo aquello que a ellos les hace falta, lo cual se debe a su muy baja estima e intensa necesidad de aprobación. Esto coincide con los resultados hallados en la investigación de Lemos, Jaller, González, Días y De La Ossa (2010) donde se encontró que las personas con dependencia emocional presentaban un perfil cognitivo caracterizado por un esquema desadaptativo temprano de desconfianza/abuso, creencias centrales paranoides y dependientes, una distorsión cognitiva de falacia de cambio. Por otro lado, el pensamiento automático culpabilidad se refiere al hecho de asumir la responsabilidad de los eventos a uno mismo o a los demás, sin contar con argumentos lo suficientemente sólidos y sin considerar la influencia de otros factores que contribuyen al desarrollo de dichos eventos (McKay, Davis y Fanning, 1988). En relación a esto, es común observar en los dependientes emocionales poseen sentimientos de culpabilidad por todo lo negativo o insatisfactorio que sucede dentro de la relación como producto de las constantes críticas negativas que su pareja realiza con respecto a su apariencia física, personalidad, familia, amistades, etc., las cuales aceptan como verdad, acentuándose su déficit de autoestima e idealización de la pareja y agudizándose la dinámica sumisión-dominación entre el dependiente y su pareja (Castelló, 2005).

El pensamiento filtraje consiste en tomar en cuenta un único aspecto o elemento de un evento e ignorar el resto, lo que consecuentemente provoca que el evento sea percibido bajo el lente de ese aspecto. Asimismo, los temores, carencias e irritaciones se maximizan, exagerándose su importancia porque llenan la conciencia de la persona al ignorarse simultáneamente los aspectos positivos (McKay, Davis y Fanning, 1988). Debido a este pensamiento el dependiente emocional califica sus experiencias de manera más negativa, se somete a una dinámica de relación de sumisión y dominancia (aceptar las condiciones que

su pareja le imponga con respecto a la naturaleza de la relación aunque dichas condiciones le resulten vejatorias y dolorosas) y malinterpreta fácilmente como desinterés o antipatía cualquier conducta de parte de su pareja.

El pensamiento sobregeneralización, el cual implica arribar a una conclusión sin tomar en cuenta suficientes argumentos que la validen y esperar que los eventos negativos ocurran vez tras vez (McKay, Davis y Fanning, 1988). El dependiente emocional vive un ciclo de fases al interior de sus relaciones de pareja, las cuales se caracterizan por un continuo sufrimiento, en el que el dependiente soporta vejaciones, infidelidades, humillaciones, condicionamientos extremos y amenazas de terminar la relación que son ocasionados por su casi inexistente autoestima y su constante miedo a perder a la pareja (Castelló, 2005).

Finalmente cabe mencionarse que aunque existe correlación significativa entre la dependencia emocional y el pensamiento automático recompensa divina, ésta es menor comparada con la correlación existente entre la dependencia emocional y los otros pensamientos automáticos. Consideramos que esto se debe a que la recompensa divina consiste en la tendencia a creer que los problemas se solucionarán mágicamente con el paso del tiempo; con respecto a esto, la dependiente emocional sabe que la naturaleza de su relación no mejorará ni con el tiempo ni mágicamente, puesto que ella se percibe como la autora de las historias de sus relaciones; es decir, ella asume que aunque los factores externos ejerzan influencia en sus relaciones, la continuidad de la relación dependerá principalmente de su sometimiento y subordinación.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

De acuerdo a los datos y resultados presentados en esta investigación sobre la relación entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes femeninas con depresión en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, presentamos las conclusiones obtenidas tras el proceso de investigación:

1. Con respecto al objetivo general, se encontró que existe relación significativa entre la dependencia emocional y los pensamientos automáticos en pacientes de sexo femenino con depresión de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana.
2. Con respecto al primer objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático filtraje ($r = ,546^{**}$; $p < 0.05$).
3. Con respecto al segundo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático pensamiento polarizado ($r = ,382^{**}$; $p < 0.05$).
4. Con respecto al tercer objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático sobregeneralización ($r = ,507^{**}$; $p < 0.05$).
5. Con respecto al cuarto objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático

interpretación del pensamiento ($r = ,419^{**}$; $p < 0.05$).

6. Con respecto al quinto objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático pensamiento visión catastrófica ($r = ,298^{**}$; $p < 0.05$).
7. Con respecto al sexto objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático personalización ($r = ,382^{**}$; $p < 0.05$).
8. Con respecto al séptimo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático razonamiento emocional ($r = ,395^{**}$; $p < 0.05$).
9. Con respecto al octavo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional y el pensamiento automático falacia de cambio ($r = ,583^{**}$; $p < 0.05$).
10. Con respecto al noveno objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático etiquetas globales ($r = ,437^{**}$; $p < 0.05$).
11. Con respecto al décimo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático culpabilidad ($r = ,459^{**}$; $p < 0.05$).
12. Con respecto al undécimo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático deberías ($r = ,500^{**}$; $p < 0.05$).
13. Con respecto al décimo segundo objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático falacia de razón ($r = ,456^{**}$; $p < 0.05$).

14. Con respecto al décimo tercero objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático falacia de recompensa divina ($r = ,464^{**}$; $p < 0.05$).
15. Con respecto al décimo cuarto objetivo específico, se encontró que la dependencia emocional guarda relación significativa con el pensamiento automático falacia de justicia ($r = ,457^{**}$; $p < 0.05$).

2. Recomendaciones

Para futuras investigaciones se recomienda:

1. Tomar en cuenta otras variables que pueden incidir en la relación entre la dependencia emocional y la depresión, tales como los factores causales y de mantenimiento, enfoques terapéuticos, etc.
2. Investigar la dependencia emocional y su comorbilidad con otros trastornos del estado de ánimo, tales como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto, trastorno bipolar, etc.
3. Investigar la relación entre la dependencia emocional y la estructura de personalidad de la muestra evaluada.
4. Réplica de la presente investigación en instituciones de salud mental a nivel nacional ampliando el tamaño de la muestra.

Referencias

Alonso-Arbiol, L., Shaver, P. y Yárnoz, S. (2002). "Insecure attachment, gender roles and interpersonal dependency in the Basque Country", *Personal Relationships*, 9, 479 - 490. Recuperado de

http://www.researchgate.net/publication/227715415_Insecure_Attachment_Gender_Roles_and_Interpersonal_Dependency_in_the_Basque_Country

Barradas, M. (2006). *Depresión En Estudiantes Universitarios: Una Realidad Indeseable*. Recuperado de

<http://books.google.com.pe/books?id=SHWTAwAAQBAJ&pg=PT37&lpg=PT37&dq=sarason+y+sarason+1975,+depresi%C3%B3n&source=bl&ots=TUMWeHibFy&sig=vJ4vZ8CQJBvOKnmYIYnTDSVE3KA&hl=es&sa=X&ei=WgVgVLbsBoKdgwTMo4O4AQ&ved=0CCgQ6AEwAQ#v=onepage&q=sarason%20y%20sarason%201975%2C%20depresi%C3%B3n&f=false>

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of social and personal relationships*, 7, 147 – 178. doi: 10.1177/0265407590072001

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 1(1), 5-37.

Beck, A.T. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: GuilfordPress.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé.

Bireda, M. (1998). *Independencia emocional*. Barcelona: Obelisco.

Bornstein, R. y O'Neil, R. (2000). *Dependency and suicidality in psychiatric inpatients*. 56 (4), 463–473. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<463::AID-JCLP2>3.0.CO;2-5

Calderón, G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Ed Trillas

Canario, J. (2005). Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. Recuperado de http://copresida.gob.do/investigacion_desarrollo/recursos/Canario_Baez_Distorsionescognitivasdepresio.pdf

Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 37-52). Barcelona. Paidós.

Caro, I. (2007). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Editorial Descleé.

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Descleé.

Carrasco, M., Catalán, C., Del Barrio, V. y Rodríguez, J. (1999). Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de Psicología*. 33 (3), 409-432.

Castelló, J. (2000). Análisis del concepto “dependencia emocional”. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 27 de Abril del 2004, de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional características y Tratamiento*. Madrid: Alianza.

Castro, M., López, A. y Sueiro, E. (2009). Perfil sociodemográfico y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales, *Anales de psicología*, 25(1), 44-51. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/05-25_1.pdf

Cepeda, Z. (2012). *Empatía y distorsiones cognitivas en personas no reclusas y en condenados por delitos sexuales y delitos violentos en Boyacá*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

De la Villa Moral, M. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 230.240. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n2/v43n2a04.pdf>

Espíritu, L. (2013). *Dependencia emocional en mujeres violentadas y no violentadas de Nuevo Chimbote*. 2, 2. Recuperado de <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/JANG/article/view/132>

DSM – IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson. Barcelona.

Estévez, A. y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de psicología*, 25(1), 7-35. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/03-25_1.pdf

Faur, S. (2002). *Codependencia y estrés marital. Algunas consecuencias endocrinas e inmunológicas*. Recuperado de http://www.patriciafaur.com.ar/articulos/08_estresconyugalygenero.pdf

Halgin, R. y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México D.F: McGraw Hill

Jaller, C. y Lemos, M. (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), 77-83. Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/esquemas-desadaptativos-tempranos-estudiantes-universitarios-dependencia-emocional/id/54646971.html

Jusset, T., García, N., Andrés, I., Lamas, A. (2003). Manejo farmacológico de la depresión en la atención primaria. *Revista Argentina Clínica Neuropsiquiátrica*, 1, 10-21. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/11/41/02_Garcia%20Navia.htm

Lemos, M. y Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2),127-140.

Lemos, M. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos*, 9 (9), 55-69. Recuperado de <http://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1707/1650>

Lemos, M. y Jaller, C. (2009). Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*. 12(2), 77-83. Recuperado el 6 de marzo de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640008>

Lemos, M., Jaller, C., González, A., Díaz, Z. y De La Ossa, D, (2010). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395-404. Recuperado el 12 de mayo del 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64723241004.pdf>

Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A., & Grosscup, S.J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Dupue (Ed.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress*. New York: Academic Press.

Moore, R. y Black. Burn, I. (1994). The relationship of sociotropy and autonomy to symptoms, cognition and personality in depressed patients. *Journal of Affective Disorder*, 32, 239-245.

McKay, Davis y Fanning (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*.

Moral, M. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 230-240. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891004>

Norwood, R. (1999). *Las mujeres que aman demasiado*. Barcelona: Ediciones B Argentina.

O'Connor, R. (1999). *Superar la depresión: cómo desmontar sus mecanismos y crear nuevas formas de participar en la vida*. Barcelona: Urano.

Organización mundial de la salud (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades, 10. Et (CIE 10): Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Pérez, K. (2011). Efectos de la dependencia emocional en la autoestima de mujeres de veinte y cinco a cincuenta y cinco años de edad que tienen una relación de pareja. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Central del Ecuador, Ecuador

Riso, W. (2003). *¿Amar o depender?* Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Ruiz, J. y Luján, J. (1991). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Inventario de pensamientos automáticos. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>

Sanathara, V., Gardner, C., Prescott, C. y Kendler, K. (2003). Interpersonal Dependence and Major Depression: *Aetological Interrelationship and Gender Differences*. *Psychological Medicine*, 5, 927-931. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703007542>

Sirvent, C. (1994). La mujer drogodependiente: Especificidad de género y factores asociados. Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckdrog11/es/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf

Sirvent, C. y Moral, M. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. 8º congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2007. Recuperado de [http://www.apfem.com/articulodelmes/07-07 dependencia%20sentimental%20o%20afectiva.pdf](http://www.apfem.com/articulodelmes/07-07%20dependencia%20sentimental%20o%20afectiva.pdf).

White, E. (1975). *El ministerio de curación*. EE. UU.: Publicaciones Interamericanas División Hispana de la Pacific Press Publishing Association.

White, E. (1987). *Cartas a los jóvenes enamorados*. Miami: *Asociación Publicadora Interamericana*.

White, E. (1983). *Mind, Character and Personality*. Florida: Southern Publishing Association.

White, E. (1998). *Daughters of God*. Florida: Review and Herald® Publishing Association.

White, E. (1993). *Testimonies on Sexual Behavior, Adultery, and Divorce*. Florida: Review and Herald® Publishing Association.

White, E. (1982). *Alza tus ojos*. California: Pacific Press Publishing Association Mountain View.

Anexo 1

Matriz de Consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño y método
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V.I. : Pensamientos automáticos	
¿Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?	Determinar si existe relación significativa entre pensamientos automáticos y dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana	Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.	V.D. : Dependencia emocional	Diseño no experimental y de corte transversal, de alcance descriptivo correlacional.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
1. ¿Existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión ansiedad por separación de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?	1. Determinar si existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión ansiedad por separación de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.	1. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y ansiedad por separación en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.		
2. ¿Existe relación	2. Determinar si existe relación	2. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y expresión afectiva en pacientes de sexo femenino con		

significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión expresión afectiva de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?	significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión expresión afectiva de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.	depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.
3. ¿Existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión modificación de planes de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?	3. Determinar si existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión modificación de planes de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.	3. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y modificación de planes en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.
4. ¿Existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión miedo a la soledad de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?	4. Determinar si existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión miedo a la soledad de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.	4. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y miedo a la soledad en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.
5. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y expresión límite en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.		5. Existe relación significativa entre los pensamientos automáticos y expresión límite en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.

<p>5. ¿Existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión expresión límite de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana?</p>	<p>5. Determinar si existe relación significativa entre pensamientos automáticos y la dimensión expresión límite de la dependencia emocional en pacientes de sexo femenino con depresión de hospitales psiquiátricos de Lima Metropolitana.</p>
--	---

Anexo 2

Fiabilidad del cuestionario de dependencia emocional (CDE)

La fiabilidad global del cuestionario y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Se observa en la tabla 1 que la consistencia interna global del CDE (24 ítems) en la muestra estudiada es de ,93 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. En relación a las dimensiones, se aprecia que miedo a la soledad tiene el coeficiente Alpha de Cronbach más alto (,879) seguido de la dimensión expresión afectiva de la pareja (,838). Asimismo, las cuatro dimensiones restantes superan el punto de corte igual a ,708 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica (Miech, 2002).

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna del cuestionario CDE

Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Ansiedad por separación	7	,808
Expresión afectiva de la pareja	4	,838
Modificaciones de planes	4	,757
Miedo a la soledad	3	,879
Expresión límite	3	,708
Búsqueda de atención	3	,752
Evaluación de dependencia emocional	24	,930

Validez de constructo del cuestionario de dependencia emocional

En la tabla 2 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de subtest. La relación entre un subtest y el test puede expresarse por coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r). Se aprecia en la tabla 2 que los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los componentes y el constructo en su globalidad son entre moderados y fuertes, además de ser altamente significativas; estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

Tabla 2

Correlaciones sub test - test para el cuestionario de dependencia emocional

Sub test	test	
	r	p
Ansiedad de separación	,888**	,000
Expresión afectiva de la pareja	,875**	,000
Modificaciones de planes	,821**	,000
Miedo a la soledad	,719**	,000
Expresión límite	,642**	,000
Búsqueda de atención	,751**	,000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Anexo 3

Fiabilidad de las dimensiones del inventario de pensamientos automáticos (IPA)

Por otro lado, la fiabilidad de las dimensiones del inventario de pensamientos automáticos se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En relación a éstas, se aprecia que recompensa divina tiene el coeficiente más alto (.841) y la mayoría de dimensiones presentan una adecuada fiabilidad, no obstante la dimensión falacia de control presenta una baja consistencia interna (.475) por lo cual esta dimensión no se tomara en cuenta en los análisis estadísticos.

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna del inventario de pensamientos automáticos

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Filtraje	3	,722
Pensamiento polarizado	3	,739
Sobregeneralización	3	,667
Interpretación del pensamiento	3	,663
Visión catastrófica	3	,556
Personalización	3	,553
Falacia de control	3	,475
Falacia	3	,768
Racionamiento emocional	3	,716
Falacia de cambio	3	,514
Etiquetas globales	3	,653
Culpabilidad	3	,657
Los debería	3	,533
Falacia de razón	3	,697
Falacia de recompensa divina	3	,845
Inventario de pensamientos automáticos	45	,955

Validez de constructo del inventario de pensamientos automáticos

En la tabla 4 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de subtest. La relación entre un subtest y el test puede expresarse por coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r), lo cual expresa la invalidez de una dimensión del inventario: falacia de recompensa divina, obteniendo bajo nivel de correlación entre esta y todas las otras dimensiones del inventario. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los componentes del constructo son entre moderados y fuertes, además de ser altamente significativos. Estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

Tabla 4

Correlaciones subtest - subtest para el inventario de pensamientos automáticos

	F	PP	S	IP	VC	P	RE	FCA	EG	C	D	FR	FRD	FJ
Filtraje (F)	1	,512	,504	,545	,566	,338	,415	,446	,477	,486	,501	,604	,313	,539
		.000	.000	.000	.000	.016	.003	.001	.000	.000	.000	.000	.027	.000
Pensamiento polarizado (PP)		1	,771	,547	,425	,687	,751	,615	,738	,754	,608	,535	.221	,398
			.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.123	.004
Sobregeneralización (S)			1	,503	,449	,628	,657	,621	,605	,672	,526	,451	,174	,364
				.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.227	.009
Interpretación del pensamiento (IP)				1	,524	,437	,508	,605	,551	,533	,545	,618	,274	,537
					.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.054	.000
Visión catastrófica (VC)					1	,454	,402	,520	,363	,385	,582	,587	,341	,324
						.001	.004	.000	.010	.006	.000	.000	.015	.022
Personalización (P)						1	,539	,631	,650	,631	,594	,419	,130	,425
							.000	.000	.000	.000	.000	.002	.368	.002
Razonamiento emocional (RE)							1	,604	,664	,674	,487	,505	,384	,443
								.000	.000	.000	.000	.000	.006	.001
Falacia de cambio (FCA)								1	,675	,673	,647	,699	,420	,601
									.000	.000	.000	.000	.002	.000

Etiquetas globales (EG)	1	,810	,662	,543	,334	,550
		.000	.000	.000	.018	.000
Culpabilidad (C)		1	,685	,561	,304	,485
			.000	.000	.032	.000
Los debería (D)			1	,610	,323	,566
				.000	.022	.000
Falacia de razón (FR)				1	,514	,632
					.000	.000
Falacia de recompensa divina (FRD)					1	,339
						.016
Falacia de justicia (FJ)						1
