

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Psicología



Una Institución Adventista

Dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas en Lima Norte, 2018

Por:

Angie Silvana Sánchez Guevara

Asesora:

Mg. Aida Chelita Santillán Mejía

Lima, diciembre de 2019

ANEXO 07 - DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

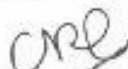
Mg. Aida Chelita Santillán Mejía, docente de la **Unidad de Posgrado de Psicología de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión**.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: *Dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas en Lima Norte, 2018*°, constituye memoria que presenta *Angie Silvana Sánchez Guevara* para aspirar al título de *Maestra en Ciencias de la Familia con mención en Terapia Familiar*, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo su dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Villa Unión, a los veintiséis días del mes de diciembre de 2019



Mg. Aida Chelita Santillán Mejía
ASESORA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Naña, Villa Unión, a veintiséis días del mes de diciembre del año 2019 siendo las 10:00 a.m., se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dra. Lili Albertina Fernández Meloche, el secretario: Mrs. Sara Esther Richard Pérez, el miembro: Mrs. Pazmián Madrid Valdiviezo y los demás miembros: Mrs. Aída Chelita Santillán Mejía y los demás asesores: Mrs. Aída Chelita Santillán Mejía con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: Dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas en Lima Norte, 2018

ANGIE SILVANA SANCHEZ GUEVARA del Bachiller/Licenciado(a)

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Ciencias de la Familia (Nomenclatura del Grado Académico) con Mención en Terapia Familiar

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller/Licenciado(a): ANGIE SILVANA SANCHEZ GUEVARA

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>APROBADO</u>	<u>19</u>	<u>A</u>	<u>EXCELENTE</u>	<u>EXCELENCIA</u>

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]
Presidente

[Firma]
Secretario

[Firma]
Asesor

[Firma]
Miembro

[Firma]
Miembro

[Firma]
Bachiller/Licenciado(a)

Dedicatoria

A mis padres William y Elisa, por su apoyo incondicional en cada camino de mi vida personal y profesional, confiando siempre en mí, dándome ánimos y fuerzas para terminar este trabajo.

A mis hermanos William, Jasanía y Paolo, por darme la oportunidad de aprender de cada uno de ellos con cada una de sus cualidades y particularidades.

Todos podemos llegar al fin de lo iniciado y sé que se puede si vamos de la mano con Dios, si realmente se quiere y se trabaja por ello.

Angie Sánchez

Agradecimientos

A Jehová Dios, pues todo lo que soy y todo lo que tengo pertenece a Él. Le agradezco por darme el privilegio de trabajar para su obra y por guiar mi caminar.

A mis padres, quienes siempre han estado y están junto a mí alentando mis pasos, los amo.

A mis hermanos, por permitirme aprender de cada uno, los amo.

A cada paciente, pues he aprendido de cada caso y de cada historia y han sido también mi motivación para dar el giro en mi vida de médico general hacia el área de salud mental en el mundo de la psicoterapia.

Índice de contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Índice de anexos	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiv
Capítulo I	16
El problema	16
1. Planteamiento del problema.....	16
2. Formulación del problema.....	22
2.1. Problema general	22
2.2. Problemas específicos.....	22
3. Justificación.....	23
4. Objetivos de la Investigación.....	25
4.1. Objetivo general.....	25
4.2. Objetivos específicos.....	25
Capítulo II	26
Marco teórico.....	26
1. Presuposición filosófica.....	26
2. Antecedentes de la investigación	32
2.1. Antecedentes internacionales.....	32
2.2. Antecedentes nacionales.....	36

3.	Bases teóricas.....	39
3.1.	Dependencia emocional	39
3.2.	Depresión	54
4.	Definición de términos.....	67
5.	Hipótesis de la Investigación.....	68
5.1.	Hipótesis general	68
5.2.	Hipótesis específicas	68
	Capítulo III.....	70
	Materiales y Métodos.....	70
1.	Diseño y tipo de investigación.....	70
2.	Variables de la investigación.....	70
2.1.	Definición conceptual de las variables.....	70
2.2.	Operacionalización de las variables	71
3.	Delimitación geográfica y temporal.....	76
4.	Población y muestra.....	76
4.1.	Población.....	76
4.2.	Muestra.....	77
4.3.	Características de la muestra	77
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión.....	77
5.	Instrumentos	78
5.1.	Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE).....	78
5.2.	Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD).....	80
6.	Proceso de recolección de datos.....	81
7.	Procesamiento y análisis de datos.....	82
	Capítulo IV.....	83
	Resultados y discusión	83
1.	Resultados	83

1.1. Análisis descriptivos	83
1.2. Prueba de normalidad de las variables de estudio	87
1.3. Análisis inferencial	88
2. Discusión.....	89
Capítulo V.....	94
Conclusiones y recomendaciones	94
1. Conclusiones.....	94
2. Recomendaciones.....	95
Referencias	97

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable dependencia emocional.....	71
Tabla 2. Operacionalización de la variable depresión.....	72
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes.....	74
Tabla 4. Nivel de dependencia emocional en adultos.....	80
Tabla 5. Nivel de dependencia emocional según sexo.....	81
Tabla 6. Nivel de dependencia emocional según edad.....	82
Tabla 7. Nivel de depresión en adultos.....	83
Tabla 8. Nivel de depresión según sexo.....	84
Tabla 9. Nivel de depresión según edad.....	84
Tabla10. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal.....	85
Tabla11. Correlación entre dependencia emocional y depresión.....	86

Índice de figuras

Figura 1. Clasificación de las dependencias relacionales.....	40
Figura 2. Continuo reformulado de la vinculación.....	46

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia metodológica.....	112
Anexo 2. Consentimiento informado.....	114
Anexo 3. Información sociodemográfica.....	115
Anexo 4. Cuestionario de Dependencia Emocional.....	116
Anexo 5. Escala de Automedición de Depresión de Zung.....	117
Anexo 6. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Dependencia Emocional.....	118
Anexo 7 Propiedades psicométricas de la Escala de Automedición de Depresión.....	119
Anexo 8 Carta de autorización de la institución para la investigación.....	121

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas en el norte de la ciudad de Lima. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Dependencia Emocional de Lemos y Londoño (2006) y la Escala de Automedición de Depresión de Zung (1965). La muestra estuvo conformada por 114 personas de ambos sexos entre los 18 y 55 años de edad, atendidos por primera vez en relación de pareja presente o reciente. Los resultados arrojaron una relación altamente significativa y positiva entre el nivel de dependencia emocional y el nivel de depresión ($\rho=.262$; $p<.01$). En las dimensiones de dependencia emocional, se apreció que la ansiedad por separación tiene una relación altamente significativa con la depresión ($\rho=.315$; $p<.05$); observándose similarmente que un mayor indicador de síntomas depresivos se relaciona significativamente con miedo a la soledad ($\rho=.311$; $p<.01$) y expresión límite ($\rho=.352$; $p<.01$). No obstante, las dimensiones Expresión afectiva ($\rho=.161$; $p>.05$), Modificación de planes ($\rho=.018$; $p>.05$) y Búsqueda de atención ($\rho=.108$; $p>.05$) no se relacionaron significativamente con los indicadores de síntomas depresivos. De esto, se concluye que la dependencia emocional está relacionada con puntuaciones altas de síntomas de depresión.

Palabras clave: *Dependencia emocional, depresión, parejas.*

Abstract

The present research had the objective of studying the relationship between emotional dependency and depression in adults attended in a couple's therapy center in the north of Lima city.

The instruments used were: the Emotional Dependency Questionnaire by Lemos & Londoño (2006) and the Zung Self-Rating Depression Scale (1965). The sample consisted of 114 men and women between 18 and 55 years of age, in a current or recent relationship, who were attended for the first time in a couple's therapy results. The results showed a highly and positive significant relationship between emotional dependency and depression ($\rho=.262$; $p<.01$).

As for the dimensions of emotional dependency, separation anxiety has a highly significant relationship with depression ($\rho=.315$; $p<.05$). Similarly, a higher indicator of depressive symptoms is significantly related with fear to loneliness ($\rho=.311$; $p<.01$) and borderline expression ($\rho=.352$; $p<.01$). Nevertheless, it shows that the dimensions couple's affective expression ($\rho=.161$; $p>.05$), change of plans ($\rho=.018$; $p>.05$) and attention seeking ($\rho=.108$; $p>.05$) have no significant correlation with symptoms of depression. Therefore, it can be concluded that the emotional dependency as an extreme need of affection toward others in a couple relationship is related to higher indicators or symptoms of depression.

Keywords: emotional dependency, depression, couples.

Introducción

Un adecuado estado emocional y mental se hace importante en el desarrollo personal y social de los individuos. La necesidad de afecto y de relacionarse con otros se presenta desde etapas tempranas de vida, tal y como lo expresa un recién nacido al buscar el calor de su madre y ese apego sucesivo se mantendrá en el tiempo con las personas con las que se relacione de forma más cercana.

La dependencia emocional transforma el deseo en necesidad y las relaciones de pareja se suelen tornar insanas con sentimientos excesivos y poco adaptativos de miedo a que la relación se acabe en algún momento. Se encuentra comúnmente en estas personas que no suelen pensar en sus propias necesidades, que suelen anularse a sí mismas a favor de su pareja, familia o amistades tendiendo a ser lábiles a la aprobación de sus actos por parte de estas personas.

Sobre este asunto, no es de sorprender que la dependencia emocional pueda favorecer el desarrollo de sintomatología psicológica disfuncional como ocurre en la depresión (Urbiola, Estévez, Iruarrizaga y Jauregui, 2017), lo cual, además, impacta negativamente en la calidad de relación pudiéndolas hacer menos satisfactorias (Whitton & Kuryluk, 2012).

Es así como la dependencia emocional y las alteraciones del estado de ánimo, como la depresión en las relaciones de pareja, son asuntos de interés y de estudio en la época actual ya que permite comprender mejor la tendencia en el

ser humano a crear posibles niveles de vinculación afectiva con otros que promoverían el desarrollo de relaciones saludables o perturbadoras.

Por tanto, el propósito de esta investigación es conocer la relación que existe entre las variables Dependencia emocional y Depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas de Lima Norte en Perú.

Este trabajo contiene cinco capítulos. En el primero, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de este estudio; en el segundo, se reseñan los fundamentos teóricos de la investigación, incluyendo el marco filosófico, el marco conceptual y los antecedentes de este estudio. En el tercer capítulo se explica la metodología y el diseño de investigación, la operacionalización de las variables y las propiedades de la población objeto de estudio próximo a los instrumentos empleados para la obtención de los resultados. En el cuarto capítulo se analizan, se interpretan y se discuten los resultados en comparación con otras investigaciones; para terminar con el quinto capítulo, en el que se dan las conclusiones que replican a los objetivos del estudio, así como las recomendaciones propuestas a investigaciones futuras.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Se reconoce a la depresión como uno de los fenómenos más importantes a nivel social y es comprendido como un problema de salud, ya que ha sido representada como una causa global destacada de discapacidad, y puede afectar a tantas personas como estudiantes, mujeres, hombres y adolescentes sin importar raza o nivel social (Rogers, Pescosolido & Pilgrim, 2011).

Por sí sola, la depresión representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad; sobre todo, entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En 2017, aproximadamente 264 millones de personas en el mundo sufrieron depresión (*Institute for Health Metrics and Evaluation [HME]*, 2018), y de acuerdo con la OMS (2019), se calcula que la depresión en la actualidad afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, siendo la prevalencia en las mujeres dos veces mayor que en la de los hombres y, considerando que las estimaciones de prevalencia de por vida varían ampliamente, de 3% en Japón a 17% en los Estados Unidos.

En el continente latinoamericano, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) dio a conocer a los países con la mayor tasa de depresión en el continente latinoamericano. Brasil (5.8%) es el país con la mayor tasa de depresión equivalente a 11,5 millones de brasileños, seguido de Cuba (5,5 %), Paraguay (5,2 %), Chile y Uruguay (5 %), Perú (4,8%), Argentina, Colombia, Costa

Rica y República Dominicana (4,7%), Ecuador (4,6%), Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%), México, Nicaragua y Venezuela (4,2%), Honduras (4 %), Guatemala (3,7%). Asimismo, el Instituto de Métricas y Evaluación de salud señala a los trastornos depresivos dentro de las diez principales causas de discapacidad en el 2017 en el Perú, observándose un 22.1% de mayor incidencia respecto al 2007 (IHME, 2018).

Según los lineamientos de política sectorial en salud mental del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, la depresión unipolar es considerada como el trastorno de salud mental que genera mayor carga de enfermedad, ya que es causal de una pérdida de 224535 años de vida saludable (3.9% de la carga total), determinando hasta 7,5 años perdidos de vida por discapacidad por cada mil habitantes, observándose los episodios depresivos como los trastornos más frecuentes en la población mayor de 12 años, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos y estimándose un promedio nacional de 7,6% (MINSA, 2018).

A este respecto, se vio que la prevalencia de depresión en adultos mayores era del 14% en adultos, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES] (Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto y Piscoya, 2017), lo que podría equipararse con los datos enunciados por el Instituto Nacional de Salud Mental [INSM] en sus últimos informes, en los que se menciona al episodio depresivo como el trastorno psiquiátrico más frecuente en la sierra, selva y fronteras con 16.2% (INSM, 2006), 21.4% (INSM, 2009) y 17.1% (INSM, 2012) respectivamente para la población urbana. Así también, Lima Metropolitana y Callao cuenta con una prevalencia anual del trastorno depresivo en general de 6.2%, según el último estudio epidemiológico de salud mental (INSM, 2013).

Lauber, Falcató, Nordt y Rossler (2003), consideraron que muchos individuos sufrían de depresión debido a eventos traumáticos experimentados en algún punto

de sus vidas; como la pérdida de un ser querido, el haber atestado algo terrorífico o el haber sido diagnosticado de alguna enfermedad, sin dejar de considerar que la predisposición genética y/o hereditaria también juega un papel significativo en individuos diagnosticados con depresión. Además, la depresión puede provocar alteraciones en diversas esferas como en el de la comunicación en el ámbito conyugal y familiar, perturbaciones en las relaciones sociales y aumento de las dificultades en la solución de problemas (Cano, 2005).

Por lo general, un diagnóstico de depresión mayor "típico", basado en los criterios del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), implica que un individuo se presente con un conjunto de síntomas durante al menos un período de 2 semanas. Estos comprenden el estado de ánimo deprimido o la anhedonia (es decir, no sentir placer por eventos o estímulos que anteriormente habían sido gratificantes), junto con cuatro síntomas adicionales de una lista prescrita. Estos síntomas adicionales se componen de pérdida o aumento de peso significativo, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada, capacidades cognitivas disminuidas (como disminución de la concentración, dificultad para tomar decisiones), y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida recurrente (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La OMS (2019) define la depresión como un trastorno mental que se presenta con frecuencia en todo el mundo caracterizado por presentar tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración; y en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración suelen interferir con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más (APA, 2013).

Debido a la gran prevalencia global mencionada acerca de la depresión, se considera necesaria la identificación de condiciones, factores y circunstancias que puedan promoverla o mantenerla en el tiempo para tomar medidas apropiadas de prevención y tratamiento. Dentro de las condiciones que predisponen a la depresión están el género femenino (Albert, 2015); la herencia familiar (Shadrina, Bondarenko & Slominsky, 2018); la carencia de éxito en cubrir la necesidad de seguridad o apego a edades tempranas, pudiendo generar en la etapa adulta una propensión al desarrollo de baja autoestima, enojo y una historia de episodios depresivos, lo que podría reflejarse también en el tipo y calidad de relacionamiento con otros (Rosenstein & Horowitz, 1993). Otra condición es el ajuste marital, encontrándose que hay una correspondencia directa donde se halla que, a un mejor ajuste marital, menos será el nivel de depresión que tenga uno de los cónyuges; así también, mientras más pobre sea la adaptación marital, mucho mayor será el nivel de depresión (Manju, 2016). Del mismo modo, una mala relación conyugal puede aumentar entre diez y veinticinco veces la probabilidad de sufrir un trastorno depresivo mayor (Cano, 2005). En esa misma línea de relaciones de pareja, ha sido observado que, a mayor dependencia emocional en la pareja, mayor será la probabilidad de desarrollar algún trastorno depresivo (Castelló, 2005).

Sobre esta última condición, Castelló (2005) define la dependencia emocional como la continua y exagerada necesidad de afecto que un sujeto puede sentir a lo largo de su vida en torno a su pareja durante las diferentes relaciones que pudiera tener; por lo que se considera que, para los dependientes emocionales, gran parte de sus vidas gira alrededor de sus relaciones románticas o amorosas. Por su parte, Sangrador (1993) ya hacía una descripción de esta como una necesidad malsana

que se tiene por la otra persona debido a la inmadurez emocional del sujeto necesitado a la cual se sumaría la búsqueda de su satisfacción egocentrista.

Pradera (2018), en un estudio realizado en Lima Metropolitana, investigó la relación entre depresión y dependencia emocional hacia la pareja en 554 personas de ambos sexos, observándose que un 49.4% presentó sintomatología depresiva y, de estos, un 30% estuvo categorizado como dependiente emocional y tendiente a la dependencia emocional, lo que reflejaría una relación positiva entre ambas; esto también se hace presente en resultados opuestos como se observó en un estudio realizado por Arias y Segura (2017) en Colombia, en el que, al evaluar la relación entre dependencia emocional y síntomas depresivos en 65 jóvenes, se encontraron las puntuaciones dentro de los límites normales para ambas variables; es decir, al no presentar síntomas depresivos característicos, tampoco se halló la presencia de dependencia emocional.

Es así como la depresión como trastorno afectivo puede ser problemática para muchos en el terreno de las relaciones interpersonales en la etapa adulta, en especial por la repercusión que esta trae a los problemas durante la interacción persona a persona, ya que las personas depresivas pueden inducir a otras a la depresión, ansiedad y hostilidad con otros; lo que, consecuentemente, puede crear un rechazo social (Coyne, 1976a).

En ese sentido, la depresión puede provocar alteraciones en diversas esferas como en el de la comunicación en el ámbito conyugal y familiar, perturbaciones en las relaciones sociales y aumento de las dificultades en la solución de problemas. Más aún, la asociación de un cuadro psicopatológico depresivo e insatisfacción conyugal puede aumentar hasta un 70% el riesgo de separación matrimonial (Cano, 2005).

Al vislumbrar este entendimiento, no es de sorprender que la regulación de las emociones juegue un papel importante en la forma de apego afectivo que se estaría desarrollando entre dos individuos, así como en la aparición de síntomas depresivos que puedan inclusive ser mediadores entre ambas (Malik, Wells & Wittkowski, 2015).

Desde hace años, existen estudios en varios países a nivel mundial que sugieren el vínculo entre los síntomas depresivos y los problemas relacionales de pareja (Pruchno, Wilson-Genderson & Cartwright, 2009; Gangamma, Bartle-Haring, Holowacz, Hartwell & Glebova, 2015; Cao, Zhou, Fang & Fine, 2017) pudiendo presentarse estos últimos de diversas formas creando una insatisfacción en la relación (Uebelacker & Whisman, 2006; Randall & Bodenmann, 2017), alcanzando inclusive instancias que representan un peligro para la integridad de la pareja y de sus miembros (May, Crenshaw, Leifker, Bryan & Baucom, 2019).

En torno a esta perspectiva, las emociones adquieren una gran importancia en el estudio de los problemas de pareja, ya que su expresión es natural en cualquier situación de conflicto (Valor-Segura, Expósito y Moya, 2010). Es por ello que el análisis de las relaciones interpersonales y su expresión afectiva siguen siendo de interés, ya que sus variaciones aunada a las particularidades de cada individuo y a la forma particular de relacionarse con otros, hacen más impredecible lo que pueda suceder en el desarrollo de la relación (Sánchez, 2011).

El centro de psicoterapia de parejas Renacer Integral viene atendiendo a parejas y familias que desean identificar las áreas problemáticas que afrontan, así como los factores que originan y mantienen los conflictos, con el objetivo de brindar atención en terapia desde la perspectiva sistémica. En el proceso de atención e intervención de las parejas en los últimos años, se ha reportado la presencia de estados de depresión y la presencia de dependencia emocional hacia la pareja con la que se

encontraban. Asimismo, se ha hallado que algunos pacientes que acudieron por situaciones de dependencia emocional hacia la pareja han padecido estados de depresión, lo que se piensa puede verse agudizado en estos estados patológicos, teniendo como consecuencia un deterioro en su relacionamiento; en algunos casos, esto último también ha sido motivo de consulta; en la que, luego, se vislumbra alguna de las variables mencionadas. Todo ello, ha llevado a profundizar en lo observado mediante la presente tesis.

Por lo expuesto, la presente investigación pretende determinar la relación entre depresión y dependencia emocional en personas adultas que conforman una relación de pareja; debido a que, a pesar de la amplia investigación en el campo de la depresión, son pocas las investigaciones realizadas sobre la depresión en el ámbito relacional de la pareja, además de no existir muchos estudios que aborden la dependencia emocional como una condición concomitante, a pesar de haberse hecho mención sobre su posible relación entre ambas en la literatura de algunos autores.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

¿Existe relación significativa entre dependencia emocional y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?

2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?
- ¿Existe relación significativa entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?

- ¿Existe relación significativa entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?
- ¿Existe relación significativa entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?
- ¿Existe relación significativa entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?
- ¿Existe relación significativa entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018?

3. Justificación

Debido a lo que se ha venido observando en hallazgos que indican que las parejas que mantienen conflictos asiduos presentan graves consecuencias en la salud tanto física como emocional, la satisfacción en las relaciones de pareja se ha transformado en un tema de preocupación para terapeutas de pareja, investigadores y profesionales del área de la salud (Gottman & Levenson, 1999).

Con lo mencionado, a nivel teórico, la actual investigación pretende contribuir al estudio de la relación que se sostiene entre la dependencia emocional y la depresión en personas adultas que se hallan en una relación pareja, con la finalidad de tener una mejor comprensión de las particularidades sintomatológicas que se encuentran en estas relaciones, así como las cualidades individuales de, al menos, uno de los individuos que constituye la relación.

A nivel práctico, permitirá identificar tanto los procesos y elementos que intervienen en el sujeto que presenta dependencia emocional y depresión en el transcurso de su relación de pareja, así como los componentes que pudieran promover perturbaciones en la relación y el incremento de comportamientos de

riesgo; esto, con el objeto de desplegar estrategias de afrontamiento, lo que permitirá prevenir pautas de riesgo y proponer una intervención apropiada.

A nivel social, este estudio procura conocer si hay un claro vínculo entre depresión y dependencia emocional, ya que podrían ser considerados como factores de riesgo que pueden dar lugar a otros procesos como ansiedad (Urbiola et. al, 2017), baja autoestima (Mayor, 2000; Castelló, 2005; Camaiora, 2018), insatisfacción en la relación de pareja (Whitton & Kuryluk, 2012; León, Olhaberry, Hernández y Sieverson,2018), trastornos de adaptación ante la separación (Álvarez, 2017), entre otros; con una mayor probabilidad en el individuo de desarrollar enfermedad y plantearse así, en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad, como un problema que acarrearía repercusiones sociales en los que la pareja está incluida.

A nivel metodológico, además de explorar la relación funcional entre la depresión y la dependencia emocional, se pretende que la investigación permita confirmar la fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados a través de pruebas estadísticas en la población de personas que mantienen una relación de pareja.

Debido a la poca investigación de la relación de las variables mencionadas, se espera que el fruto de este estudio sea un aporte a las áreas de la salud mental individual y social, principalmente en el vínculo de pareja y se espera que despierte un mayor interés en profesionales de la salud mental para escudriñar en el estudio integral al identificar a pacientes con depresión o dependencia emocional, así como plantearse posibles estrategias de terapia que permitan la resolución de ambas condiciones en la que se pueda involucrar en lo posible al sistema de pareja.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y la depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.

4.2. Objetivos específicos

- Describir la dependencia emocional en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Describir la depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.
- Determinar si existe relación significativa entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima Norte, 2018.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

La vida religiosa es un factor crucial en la existencia de los individuos y las sociedades y en el devenir de la historia se han apreciado numerosas mentes ilustres de la ciencia dedicando mucho tiempo a investigaciones para dilucidar el fenómeno religioso y establecer su influencia real en la vida de las personas. Es innegable que es imposible separar la religión de la cultura (Ezell, 1999).

Sobre el amor, se dice en la Biblia que “tener amor es saber soportar; es ser bondadoso; es no tener envidia, ni ser presumido, ni orgulloso, ni grosero, ni egoísta; es no enojarse ni guardar rencor... Tener amor es sufrirlo todo, creerlo todo, esperarlo todo, soportarlo todo.” (Cor. 13:4-8, Dios habla hoy). Y, si bien, esta es una hermosa forma de definir el amor, a veces esta amplia definición puede interpretarse de forma errada; sobre todo, en las expresiones de amor hacia la pareja como ocurre en los casos de dependencia emocional.

Al hablar de dependencia emocional, cabe mencionar algunas advertencias bíblicas en relación a las relaciones personales e interpersonales. Sobre esto, en la Biblia se lee: “Jesús dijo: Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente. Este es el primero y grande mandamiento. El segundo es semejante: Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Mat. 22:37-39, Reina-Valera 1960), de lo que se puede entender la importancia primaria del amor desde y hacia

Dios pues Él es amor y Él es fuente de amor (1 Juan 4:7,8); además se entiende que es con Él con quien desarrollamos nuestra primera relación amorosa y es a Él a quien debemos entregarnos de corazón, en alma y mente (Deuteronomio 6:5).

Así también, se menciona la importancia del afecto entre los seres humanos, pues es la manera cómo demostramos que también amamos a Dios. Esto último es indicado como sigue: “Y nosotros tenemos este mandamiento de Él: El que ama a Dios, ame también a su hermano” (1 Juan 4:21).

Acerca del matrimonio se manifiesta que “Honroso sea en todos el matrimonio y el lecho sin mancilla” (Heb. 13:4).

A esto White (1990) agrega que:

el calor de la verdadera amistad y el amor que une los corazones del esposo y la esposa son un goce anticipado del cielo. Dios ordenó que haya perfecto amor y armonía entre los que contraigan matrimonio. Que el esposo y la esposa se comprometan en la presencia del universo celestial a amarse el uno al otro como Dios ordenó que lo hicieran. El hombre no fue creado para que viviese en soledad; debía ser una persona sociable, esto se expresa en que Dios mismo dio a Adán una compañera y fue él quien celebró la primera boda. De manera que la institución del matrimonio tiene como su autor al Creador del universo y así, en esta institución, no debieran decir una palabra ni realizar acción alguna que los ángeles las viesen y anotasen en los libros del cielo. Deben procurar sinceramente glorificar a Dios; es decir, el corazón de ustedes debe tener únicamente afectos puros, santificados, dignos de quienes siguen a Jesucristo, que sean de índole elevada y más celestial que terrenal” (p.10-12).

Otro pasaje bíblico nos dice: “¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois

vuestros?” (1 Cor. 6:19,20) haciendo alusión al cuidado que se debe tener con uno mismo, pues cada persona es de Dios y lo que cada persona tiene le pertenece, además, se nos recuerda que “haya, pues, en vosotros este sentir que hubo también en Cristo Jesús” (Fil. 2:5); “de manera que cada uno de nosotros dará a Dios cuenta de sí” (Rom. 14:12), expresando que cada persona tendrá que explicar de forma personal de sus acciones para con uno mismo, de las acciones que podamos permitir de otros para con nosotros y de las acciones que podamos producir hacia otra persona.

Al respecto, también White (1989a) comenta que “es el plan de Dios que haya unidad en la diversidad. Nadie puede ser criterio para otro” (p.438); además, “el Señor no quiere que se destruya nuestra individualidad; no es su propósito que dos personas sean exactamente iguales en gustos y disposiciones” (p.439).

En referencia a la relación de la pareja matrimonial, la misma autora indica que:

Ni el marido ni la mujer deben pensar en ejercer gobierno arbitrario uno sobre otro. No intentéis imponer vuestros deseos uno a otro... En vuestra unión para toda la vida, vuestros afectos deben contribuir a vuestra felicidad mutua”. Cada uno debe velar por la felicidad del otro, pues tal es la voluntad de Dios para con vosotros. “Mas, aunque debéis confundiros hasta ser uno, ninguno de los dos debe perder su individualidad. Dios es quien posee vuestra individualidad; y a Él debéis preguntar: ¿Qué es bueno?, ¿qué es malo? (White 1989a, p.440).

Volviendo la mirada a las relaciones entre persona y persona en general “todos estamos entretejidos en la gran tela de la humanidad y todo cuanto hagamos para beneficiar y ayudar a nuestros semejantes, nos beneficiará también a nosotros mismos” (White, 1989b, p. 265). Sin embargo, como suele ocurrir en la dependencia emocional “los hombres que se contentan con permitir que otros hagan planes y

piensen por ellos no están completamente desarrollados” (White, 1989b, p. 262) aludiendo a algunos de los indicadores que presentan las personas con dependencia emocional.

Sobre la diferencia entre dependencia divina y humana, la autora agrega:

Dios quiere poner a los hombres en relación directa consigo mismo. En todo su trato con los seres humanos reconoce el principio de la responsabilidad personal. Procura fomentar el sentimiento de dependencia personal, y hacer sentir la necesidad de la dirección personal. Desea asociar lo humano con lo divino, para que los hombres se transformen en la imagen divina. Satanás procura frustrar este propósito, y se esfuerza en alentar a los hombres a depender de los hombres. Cuando las mentes se desvían de Dios, el tentador puede someterlas a su gobierno, y dominar a la humanidad (White, 1976, p.186).

Es por ello que, al considerar situaciones como la dependencia emocional, sería conveniente recordar que “en asuntos de conciencia, el alma debe ser dejada libre. Ninguno debe dominar otra mente, juzgar por otro, o prescribirle su deber. Dios da a cada alma libertad para pensar y seguir sus propias convicciones” (White, 2008, p.330), sugiriendo las conductas que presentan los dependientes emocionales y también de las personas que son objetos de su dependencia.

Por su parte, en cuanto a la depresión, se sabe que es una entidad cuyos altos índices vienen siendo registrados por instituciones internacionales y han ido en aumento desde el siglo pasado (Goleman, 1992). Empero, los registros más antiguos datan desde los tiempos bíblicos, en los que se vislumbran sucesos de vida en los que varios de sus personajes sufrieron de depresión.

Una de las personas que padeció depresión fue el rey David luego de ser derrotado por sus enemigos; aquí la Biblia señala que el rey David llegando a su

ciudad con los suyos, al ver que esta estaba destruida y que tanto sus mujeres como sus hijos habían sido llevados cautivos, se puso a llorar junto con su gente hasta que les faltaron las fuerzas (1 Sam. 30:3-4). Otra evidencia se encuentra en el relato de Elías. En este se narra cómo el profeta derrotó a los falsos profetas de Baal en el monte Carmelo, en un despliegue impresionante del poder de Dios (1 Reyes 18:38). Sin embargo, en lugar de ser alentado, Elías, por temor a la venganza de Jezabel, estaba cansado y asustado: “Y él (Elías) se fue por el desierto un día de camino, y vino y se sentó debajo de un enebro; y deseando morir, dijo: Basta ya, oh Jehová, quítame la vida, pues no soy yo mejor que mis padres” (1 Reyes 19:4).

De igual manera, se pueden encontrar otros relatos sobre personajes bíblicos como los de Ana (1 Sam. 1:10), Saúl (1 Sam. 16:14-16), Job (Job 30:16) y algunos profetas como Jonás (Jon. 4:1-3), Jeremías (Jer. 9:1,2), entre otros.

Incluso la escritora y profetiza del Señor Elena White (1989a) no fue ajena a padecer de depresión como ella misma lo declaró en uno de sus escritos:

Mientras me dedicaba a hablar y a escribir, recibí cartas desanimadoras de Battle Creek. Al leerlas sentí inexpresable depresión de espíritu, que casi era agonía mental, y me pareció que, por un corto lapso, paralizó mis energías vitales. Durante tres noches casi no dormí. Mis pensamientos estaban perturbados y perplejos... Nadie se enteró de mi pesar ni de mi aflicción mental cuando me unía con la familia en los cultos matutinos y vespertinos, y trataba de depositar mi preocupación en el gran Portador de las cargas. Pero mis peticiones provenían de un corazón abrumado por la angustia, y mis oraciones estaban rotas y desarticuladas por causa de un dolor incontrolable (p.479).

En referencia a las relaciones de pareja y la depresión White (1989a), observa y aconseja a un esposo cuya actitud hacia su esposa era muy rigurosa y demandante; sobre esto la escritora dice:

Su fría austeridad hizo de usted un témpano de hielo que congeló el canal del amor y el afecto. Su tendencia a censurar y a descubrir los errores ha sido como un granizo desolador que cae sobre una planta sensible. Ha congelado y casi ha destruido la vida de la planta. Su amor al mundo está consumiendo sus buenos rasgos de carácter... usted alienta una actitud cerrada y resentida. Su enfermedad es depresión nerviosa. Si su vida matrimonial fuera agradable, tendría un alto grado de salud. Pero durante toda su vida de casado el demonio ha sido huésped en el seno de su familia, y se ha gozado a expensas de su miseria (p.502).

Esta misma escritora también alude a los excesos cometidos por la naturaleza animal olvidando la naturaleza intelectual y moral; así, ella indica “el resultado es una sensación de languidez y depresión, cuya causa rara vez se adivina que es la consecuencia de su propia conducta equivocada” (White, 1989a, p.503).

Del mismo modo, en un consejo a una familia ella cita las características depresivas que observó en uno de sus miembros:

Su imaginación está enferma y ha mantenido por tanto tiempo los ojos fijos en un cuadro oscuro que, cuando enfrenta la adversidad o la desilusión, se imagina que todo va rumbo a la ruina, que llegará a la miseria, que todo está en contra de él, que nadie tiene que pasar por momentos tan duros como él; y así destroza su vida. Mientras piensa de ese modo, más miserable se siente, y más miserables hace a todos los que lo rodean (White, 1989a, p.505).

En virtud de lo comentado, se hace evidente que tanto la dependencia emocional como la depresión son entidades que vienen produciéndose a lo largo de las relaciones interpersonales desde tiempos antiguos y se sigue haciendo presente en las relaciones entre las personas, más aún cuando entre estas hay una manifiesta cercanía.

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Un estudio realizado por Laca y Mejía (2017) en México investigó la asociación de la dependencia emocional y los estilos de comunicación en los conflictos de pareja con una muestra constituida por 200 personas entre 18 y 35 años, y una media de 22 (D.E. = 3.22), (107 hombres y 93 mujeres), residentes de la ciudad de Colima. Al azar se solicitó responder a una batería de tres cuestionarios, entre ellos el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) y el de estilos de mensajes en el manejo del conflicto. En cuanto a la dependencia emocional se halló una puntuación media total moderada en el factor “búsqueda de atención”, observándose puntuaciones bajas en el resto de factores según la escala de interpretación. Realizándose un análisis por género, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en tres factores, siendo los hombres quienes buscan con más asiduidad la atención de su pareja que las mujeres ($M = 3.22$ vs. $M = 2.64$). Los hombres muestran más “ansiedad de separación” ($M = 2.38$ vs. $M = 2.03$) y las mujeres más “expresiones límite” ($M = 1.34$ vs. $M = 1.54$), aunque la valoración de estos dos componentes se considera disminuida. Hubo una correlación positiva en dos factores constituyentes de la dependencia emocional, con intensidad débil y estadísticamente significativa, con el factor “centrado en uno mismo”, y cinco con el factor “centrado en la otra parte” de los estilos de mensajes en el manejo del

conflicto. Además, hubo una correlación negativa con el miedo a la soledad, con una intensidad débil y estadísticamente significativa, con el factor “centrado en el problema”.

También ese año, Urbiola et al. (2017) realizaron un estudio en Madrid para evaluar la dependencia emocional en jóvenes con pareja y sin ella, y observar así las diferencias que pudieran encontrarse en la dependencia emocional según el género, además de analizar la relación entre la dependencia emocional y la autoestima y observar la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. En este estudio participaron 535 jóvenes universitarios de entre 18 y 31 años de edad, de los cuales 445 tenían pareja (83,5%) y 88 no la tenían (16,5%) y a quienes se les administraron la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), la Escala de Dependencia Emocional en el Noviazgo de Jóvenes y Adolescentes (DEN; Urbiola, Estévez e Iraurgi, 2014), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965) y el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL 90-R; Derogatis, 1977) para medir la presencia de síntomas de ansiedad. En los resultados se halló que la dependencia emocional tenía un sentido negativo con la autoestima y un sentido positivo con la sintomatología tanto de la ansiedad como de la depresión, indicando que, a mayor puntuación en dependencia emocional, mayor sintomatología disfuncional; lo que, además, según lo hallado, sería predictora de estas últimas. Asimismo, no se hallaron diferencias significativas en función a la dependencia emocional total entre hombres y mujeres y entre los que tuvieron y no tuvieron pareja.

En torno a estas investigaciones y su relación con la depresión; Garrido, Guzmán, Santelices, Vitriol y Baeza (2015), en Chile, hicieron un estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión

en el que se intentó describir el estilo de apego de un grupo de pacientes de sexo femenino, diagnosticado con depresión, evaluándose a 56 mujeres comparando dos grupos, uno de ellos, conformado por 28 pacientes con diagnóstico de depresión y el otro grupo de 28 mujeres adultas que no presentaban la enfermedad, igualándose a las participantes en relación a su edad. Para la evaluación de la depresión se utilizó una entrevista semiestructurada, teniendo como base los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS, 1999), realizando el diagnóstico el médico psiquiatra del Hospital y, para la evaluación del apego, se utilizó el Camir, desarrollado por Pierrehumbert et al. (1996) y validado en Chile por Garrido et al. (2009). Los resultados mostraron diferencias significativas en los estilos de apego de ambos grupos encontrándose que las pacientes diagnosticadas con depresión presentaban, en su mayoría, estilos de apego inseguros (39.2%) e inclasificables (32.1%). Por su parte, el grupo de personas sin depresión presentaron en su gran mayoría (85.7%) un estilo de apego seguro; lo que permite entrever que la forma de vincularse del adulto con otros está directamente relacionado a la presencia o no de depresión.

Otro trabajo fue realizado por Novak, Sandberg y Davis (2017) en tres clínicas de terapia de pareja de Estados Unidos y Canadá, donde se investigó el rol de las conductas de apego y su relación entre satisfacción de la pareja y depresión en parejas clínicas. Esta muestra incluyó 104 parejas heterosexuales en relaciones románticas que estaban en terapia matrimonial y en quienes se utilizaron como instrumentos el *Relationship Satisfaction Scale* (Escala de satisfacción en la pareja), el *Brief Accessibility, Responsiveness, and Engagement Scale* (Escala de compromiso, capacidad de respuesta y accesibilidad rápida) y el *Center for Epidemiological Studies Depression Short Scale* (Escala breve de depresión del

Centro para Estudios Epidemiológicos) encontrándose como resultados que la satisfacción de la relación en las mujeres se asoció de manera significativa y positiva con la percepción de los hombres de las conductas de apego de su pareja ($\beta = .28$, $p < .01$) y la percepción en las mujeres sobre la conducta de apego de su pareja ($\beta = .88$, $p < .001$). La satisfacción de los hombres con su relación se asoció de manera significativa y positiva con la percepción de los hombres de las conductas de apego de su pareja ($\beta = .66$, $p < .001$). Además, la percepción de las mujeres sobre el comportamiento de apego de su pareja se relacionó de manera significativa y negativa con la depresión tanto de hombres ($\beta = -.43$, $p = .01$) como la de las mujeres ($\beta = -.66$, $p < .01$); concluyéndose que la satisfacción de la relación en las mujeres estaba significativamente asociada con la percepción de las conductas de apego que tenían los hombres y las mujeres de su pareja y que la satisfacción de las relaciones entre los hombres estaba asociada de manera significativa con la percepción de las conductas de apego de los hombres en su pareja.

Finalmente, se vuelve a resaltar la relación de pareja y la depresión en un estudio realizado por León et. al (2018) en Chile sobre satisfacción de pareja y depresión, en el que se cuestiona a la función reflexiva como una variable interviniente. Este estudio quiso mostrar la relación conocida entre satisfacción de pareja y la sintomatología depresiva además de observar otra variable que pueda modular la relación entre ambas como el rol de “la función reflexiva” en 50 hombres y 50 mujeres, en relación actual de pareja, con hijos e hijas en edad temprana, contactados a través de servicios de salud utilizándose como instrumentos La ficha de antecedentes, el *Parent Development Interview – Revised Short Version* (Entrevista de desarrollo parental) para evaluar la función reflexiva, el *Relationship Assessment Scale* (Escala de evaluación global de la relación) y el Inventario Para la

Depresión de Beck I. En los resultados el análisis de regresión multinivel reveló que la satisfacción de pareja tiene un efecto inverso sobre la sintomatología depresiva; observándose también un efecto de moderación de la función reflexiva en la relación entre estas 2 variables: personas con alta función reflexiva muestran una relación inversa de mayor intensidad entre satisfacción de pareja y depresión que las con baja función reflexiva. De esto se concluyó que la satisfacción de pareja fue un predictor significativo para la depresión, encontrándose que padres y madres menos satisfechos con su relación presentan una mayor sintomatología depresiva.

2.2. Antecedentes nacionales

Un estudio realizado por Aiquipa (2015) en Oxapampa, buscó establecer la relación entre la dependencia emocional y la violencia de pareja, tomando como muestra a 51 mujeres entre 18 y 60 años quienes se atendían en el servicio de psicología de un centro de salud. La muestra fue dividida en dos grupos, uno constituida por las mujeres víctimas de violencia de pareja y otro conformado por mujeres no víctimas de dicha violencia. Se utilizaron los cuestionarios Ficha de Tamizaje de la Violencia Basada en Género y la Ficha Multisectorial Violencia Familiar para descubrir la violencia por parte de las parejas; también se aplicó el Inventario de Dependencia Emocional. Entre los hallazgos se reportó que el 96% de la muestra clínica que presentaba violencia de pareja, obtuvo la categoría de “alta dependencia emocional”, entretanto que en la muestra comparativa solo se halló un 19% dentro de esa categoría, observándose también que en el 42% de las mujeres sin violencia de pareja se obtuvo la categoría de “baja dependencia emocional” o incluso “normal”; por lo tanto, se concluye que, entre las variables estudiadas, coexiste una relación estadísticamente significativa.

Zavaleta (2015), en un trabajo llevado a cabo en la ciudad de Trujillo, analizó la relación entre sobredependencia afectiva y depresión, tomando una muestra de 224 estudiantes universitarios de ambos sexos desde 20 a 40 años; haciendo uso de la Escala de Sobredependencia Afectiva (G. Pérez Sánchez y col., 2005); y el Inventario de Depresión de Beck (A. Beck, 1979). En los resultados obtenidos, se evidenció que la correlación entre la sobredependencia afectiva y la depresión era altamente significativa mostrándose un nivel “mucho” en la primera variable de la sobredependencia afectiva con un 25.4% de la muestra equivalente a un número de 57 casos, mientras que la depresión cursó con un nivel “moderado” en el 50.4% de la muestra equivalente a 113 casos, siendo estos los niveles más altos encontrados. De igual forma, en todas las dimensiones de la sobredependencia afectiva, fue el nivel “mucho” el sobresaliente ya que sus valores fluctuaron entre un 25.4% y un 27.2%. Además, se hallaron, para todas sus dimensiones, que la correlación era altamente significativa en relación con la depresión.

Huerta et al. (2016), en Lima, hicieron un estudio sobre los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos y su relación con la dependencia emocional según la existencia o no de violencia, considerando una muestra de 385 mujeres que presentaban violencia y que no presentaban violencia en su relación de pareja y, a todas ellas, se les aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young y el Inventario de Dependencia Emocional. Los resultados muestran una correlación entre las dos variables hallándose además una relación positiva y significativa entre las cinco dimensiones de los esquemas cognitivos disfuncionales y la dependencia emocional total con todos sus factores, observándose una predominancia de tres dimensiones: Desconexión y rechazo ($r=0,678$), Deterioro en autonomía y ejecución ($r=0.679$) y Sobrevigilancia e inhibición ($r=0.660$). Como complemento de lo hallado, se halló

una relación con las dimensiones Límites alterados y Direccionalidad a los demás, con lo cual se desprende que la presencia de esquemas tempranos disfuncionales o maladaptativos aumentan la dependencia emocional, al mismo tiempo, están determinados por necesidades emocionales centrales no satisfechas durante la niñez, creando esquemas que van a influir en el curso de sus experiencias posteriores, lo que puede poner en riesgo la salud mental de la mujer quien puede mostrar más adelante depresión, ansiedad, trastornos psicossomáticos, y demás.

Castillo (2017) hizo un estudio en Chiclayo con el objetivo de determinar la relación que había entre dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión, tomando 126 mujeres víctimas de violencia de pareja entre 18 y 60 años de edad. A ellas, se les aplicó el Inventario de dependencia emocional de Aiquipa, el Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos de Moos y el Inventario de depresión de Beck; observándose como resultados una correlación altamente significativa ($<.01$) positiva entre la dependencia emocional global, la depresión y los componentes de “miedo a la ruptura”, “miedo e intolerancia a la soledad”, “deseos de control y dominio”, “prioridad a la pareja”, “necesidad de acceso a la pareja” y “deseos de exclusividad”. Se concluyó que existe una relación positiva altamente significativa entre dependencia emocional y depresión; así también, una relación negativa altamente significativa entre las estrategias de afrontamiento por aproximación y depresión con su esperable contrapuesta relación positiva altamente significativa entre la depresión y las estrategias de afrontamiento por evitación.

Finalmente, el trabajo realizado por Pradera (2018), en dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana, procuró establecer la relación entre depresión y dependencia emocional hacia la pareja, en una muestra conformada por 554

internos primarios entre hombres y mujeres, en quienes se empleó, para estimar las variables de este estudio, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Dependencia Emocional de Anicama (ACCA). Los resultados arrojaron que casi la media de los internos (49.4%) presentó niveles de sintomatología depresiva entre moderado y severo; de estos, el 30% se ubicó en las categorías tendientes a la dependencia y dependencia emocional. Haciendo las comparaciones, se evidenció en los resultados, significativas diferencias en la depresión y la presencia o no de pareja e hijos, el estado civil, situación judicial y el tipo de delito cometido; mientras que la dependencia emocional se diferenció según sexo, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos y tipo de delito. Finalmente, se halló relación positiva baja entre la depresión y la dependencia emocional, a un nivel muy significativo ($p < 0.001$), asimismo, también se halló correlación positiva en 8 dimensiones de las 9 de dependencia emocional con la depresión, a excepción del área ansiedad de separación, en todos los casos a un nivel muy significativo ($p < 0.001$).

3. Bases teóricas

3.1. Dependencia emocional

3.1.1. *Definición de dependencia emocional*

En principio, no hay un consenso entre los diferentes autores sobre el significado de dependencia emocional, llegando incluso a cuestionarse si debe o no considerarse dentro de la categoría diagnóstica; lo que deja entrever que no existe un análisis profundo del mismo. Teniendo en cuenta ello, se han realizado revisiones bibliográficas encontrándose diversos libros de autoayuda (Norwood, 1997; Mayor, 2000; Riso, 2003; Schaeffer, 2009) que se ocupan de este fenómeno, aunque en la

mayoría de ellos, sin una especificación que nos permita esclarecer su definición inclusive compartiendo características descriptivas similares.

En ese sentido, expresiones como “adictos al amor”, “adicción al amor”, “dependencia emocional”, “apego afectivo”, “apego emocional”, “codependencia”, entre otras, son empleadas indistintamente, lo que no permite esclarecer el significado de lo que este trabajo pretende denominar como dependencia emocional.

De los autores que con más ahínco comentan sobre esta definición, haciéndola distinguible de las otras, se encuentran Castelló (2000) quien propuso un análisis profundo de este concepto con el fin de lograr una entidad propia y así no asimilar los problemas de los pacientes a otros esquemas teóricos y clínicos que no sean enteramente satisfactorios para la comprensión psicopatológica de la dependencia emocional. En su artículo y luego en su libro, Castelló (2005) hace mención de algunos conceptos afines como “adicción al amor”, “apego ansioso”, “sociotropía”, “personalidad autodestructiva”, “codependencia”, “trastornos de la personalidad por dependencia”, destacando sus semejanzas y diferencias aludiendo además tres aproximaciones de la dependencia emocional desde la perspectiva científica; tales como “la dependencia emocional y la violencia doméstica”, “la dependencia instrumental y emocional” y el concepto de “bidependencia”.

También, en esa década, Sirvent (2000) hace referencia, desde una perspectiva clínica, a las “dependencias relacionales”, las que define como un conjunto de conductas adictivas cuya matriz nuclear es la relación interpersonal y dentro de las cuales se encuentra la dependencia emocional como se muestra en la figura 1:

<p>Genuinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia emocional o afectiva • Adicción al amor • Otros: tendencia dependiente, apego ansioso, trastornos de personalidad (por dependencia, límite y antisocial, fundamentalmente) <p>Mediatizadas(por trastornos adictivos sobre todo drogas y alcohol):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codependencia • Bidependencia

Figura 1. Clasificación de las dependencias relacionales. Tomado de Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia por Sirvent C. 2000, p. 2.

Otro de los autores que se refiere a la dependencia emocional desde un punto de vista reflexivo y profesional es Riso (2013) quien, en varios de sus libros, utiliza además indistintamente el término “apego afectivo” o “apego emocional”.

De esta forma, el término dependencia emocional o afectiva ha ido asentándose con el tiempo, cobrando mayor realce en el campo de la psicología, la psicoterapia y en estudios de investigación relacionados a estos; por tal motivo, se comentará sobre las definiciones de los autores que consideran este título y de las designaciones que más se asemejan a ella.

Desde la perspectiva social en psicología, Sangrador (1993) ya hacía una descripción de la dependencia afectiva o sentimental como una necesidad malsana que se tiene por la otra persona; que podría explicarse por la inmadurez emocional del sujeto necesitado a la cual se sumaría la búsqueda de su satisfacción egocentrista. Desde esta misma perspectiva, Castelló (2005) comenta que la dependencia emocional es una enfermedad del ser humano, debido a su carácter socializante y que, ante el amor expresado a su pareja, demuestra uno de los pilares en la adaptación exitosa al medio, pero que en ocasiones dicho mecanismo evolutivo se le puede ir de las manos.

Así también, más específicamente, Castelló (2005) define la dependencia emocional como la continua y exagerada necesidad de afecto que un sujeto puede sentir a lo largo de su vida en torno a su pareja durante las diferentes relaciones que pudiera tener; por lo que se considera que, para los dependientes emocionales, gran parte de sus vidas gira alrededor de sus relaciones románticas o amorosas. Sobre el asunto, no debe confundirse la necesidad extrema experimentada en la dependencia emocional con la hallada en el “trastorno de personalidad dependiente” o en la “dependencia instrumental”, las cuales están caracterizadas por una falta de autonomía y una búsqueda de protección constante respectivamente.

En su conceptualización realizada a fines de la década de los noventa, también este autor habla de la dependencia emocional como “un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas” (Castelló, 2000, p. 4). Lo que indicaría que, ante una constante de exigencias o carencias afectivas que no han sido cubiertas de forma apropiada en las diversas etapas de vida de una persona, esta buscará cobijarlas de diversas formas a través de lo que otras personas puedan propiciarle, incluso si estas formas no logran ajustarse al entorno o las circunstancias.

Otra estimación desde un punto de vista técnico, define a las dependencias emocionales como trastornos en la relación interpersonal que se caracterizan por la presencia de conductas adictivas asentadas en una asimetría de rol y en una postura de dependencia hacia el sujeto de quien se piensa depender (Sirvent, 2004; Sirvent y Moral, 2007). Se enuncia también como una conducta mal

adaptada contingente a una interacción afectivodependiente en las diferentes relaciones de pareja (Sirvent, 2004).

En un similar análisis psicosocial, es considerada como una relación dependiente entre dos individuos no adictos y definida como “un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico” (Moral y Sirvent, 2009, p. 231). En los últimos años, se sigue considerando el concepto de dependencia relacional como el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal, también las expresiones dependencia sentimental, dependencia afectiva, dependencia emocional y adicción al amor, esta última una expresión ampliamente utilizada en la literatura americana puede estar referida al mismo proceso (Sirvent & Moral, 2018).

También Riso (2012) sostiene que no debemos confundir el amor con la dependencia afectiva, ya que esta última se relaciona con el miedo a la pérdida, al abandono y a muchos otros aspectos, generando, consecuentemente, sufrimiento y depresión. Este autor considera a la dependencia emocional o apego afectivo por un lado, como una vinculación mental y emocional (generalmente obsesiva) a ciertas personas, originada en la creencia irracional de que ese vínculo proveerá de manera única y permanente, placer, seguridad o autorrealización lo que, en consecuencia, hará que la persona apegada esté convencida de que sin esa relación estrecha sentimental (adherente o dependiente) no le será posible alcanzar la felicidad, ni tampoco sus metas vitales o poder gozar de una vida normal y satisfactoria. Por otro lado, considera que lo que define al apego no es tanto el deseo sino la incapacidad de renunciar a la persona objeto de dependencia incluso si el vínculo resulta dañino

para la salud mental y/o el bienestar de uno, el mundo y la gente que le rodea (Riso, 2013).

Dentro de este marco, otros autores se han apoyado en las definiciones de los autores previamente mencionados. Así se puede mencionar que para Rodríguez de Medina (2013), las personas con dependencia afectiva son personas con un concepto del self paupérrimo e ineficaz que terminan buscando ello en los demás. Adicionalmente, Congost (2015), tiene en cuenta a la dependencia emocional como un vínculo tóxico, nocivo y negativo que se genera entre dos personas no solo en una pareja sino también entre madre e hijo, entre hermanos, entre amigos, u otros, aunque suele centrarse en sus obras la referida a la pareja afectiva.

Dicho esto, la presente investigación utilizará principalmente la definición de dependencia emocional brindada por Castelló quien la considera como una “necesidad extrema de afecto que se siente hacia su pareja a lo largo de las diferentes relaciones”. Se considera esta definición precisa para los fines de este estudio, pues denota el componente de dependencia propio de este problema y el tipo concreto de necesidad interpersonal así como de la intensidad con que esta se produciría.

3.1.2. Características de la dependencia emocional

La dependencia emocional se puede considerar un fenómeno silente y que puede pasar desapercibido, dando expresiones de diversos equivalentes sintomáticos tales como depresión reactiva, trastorno obsesivo, síndromes desadaptativos, entre otros (Sirvent, Moral, Blanco, & Palacios, 1995). Estas personas llegan a ser patológicas no tanto por el hecho de ser dependientes sino por la extremidad de las consecuencias que se reportan de esa dependencia. El dependiente “quiere mal” y

por ello sufre más allá de lo admisible, padeciendo consecuencias que sobrepasan el precio que hay que pagar por disfrutar del amor (Sirvent, 2013).

Según Castelló (2009), el inicio de la dependencia afectiva a menudo se presenta entre las etapas de fines de la adolescencia y los inicios de la edad adulta y no está ligada a un trastorno mental o físico o al consumo de fármacos que puedan crear adicción; entretanto, sí se relaciona con la existencia de ideas irracionales que impactan el área cognitiva, así como con un estado de ánimo ciclotímico en el que se afecta el estado afectivo en función de las situaciones externas. En su dinámica social, el dependiente emocional suele evitar a las personas que se alejan o que no considera significativas para él, siendo característico que quienes le rodean sean personas que le prestan oídos o que funcionan como sus alentadores (Castelló, 2005).

Para Sirvent y Moral (2007), los afectivodependientes son personas que no reciben verdadero afecto, en cuya historia pueden haber sufrido maltrato físico y/o emocional en el seno familiar; por lo que son tan vulnerables emocionalmente que no ven con claridad cómo son sus parejas, además están movidos por sentimientos hedonistas y por expectativas dada la conjunción de ilusiones y/o atribuciones adjudicadas a él mismo o a su pareja. Estas personas poseen una baja autoestima y una personalidad autodestructiva lo que les hace elegir a parejas explotadoras y, muchas veces, narcisistas; viven sufriendo de las excesivas preocupaciones que le produce el miedo a una posible separación de sus parejas (abstinencia y craving), soportando humillación y desprecio; también pueden presentar inestabilidad emocional traducido en un estado anímico triste, ansioso e irritable (disfórico).

De igual manera, Castelló (2012) plantea que los dependientes emocionales tienen una baja estima propia, por lo que sienten la necesidad de agradar al otro;

priorizan a la pareja antes de cualquier cosa, deseando tener acceso constante a ella, idealizándola y sometiéndose a ella; buscan parejas con características determinadas con las cuales se relacionan de forma exclusiva; tienen miedo a la soledad llegando al pánico cuando perciben un posible abandono o rechazo de su pareja, por lo que cuentan con un amplio historial de relaciones de pareja a menudo ininterrumpidas entre una y otra; además son personas que pueden sufrir de trastornos mentales tras una ruptura de su relación lo que puede considerarse como “síndrome de abstinencia” (Castelló, 2012).

De las afirmaciones anteriores, se puede destacar que la dependencia emocional es un fenómeno que no se circunscribe a edad, sexo o a ambiente específico, ya que todo ser humano que se relaciona con otro principalmente en pareja puede ser susceptible de tenerla más aún si se encuentra vulnerable emocionalmente o carente de afecto ya sea por una historia no resuelta o por un presente ofrecido aunado a una falta de amor propio y de identidad.

3.1.3. Modelos teóricos de la dependencia emocional

Al estudiar la dependencia emocional se constata el aporte de varios autores quienes hacen referencia a conceptualizaciones y características que las personas con esta entidad presentan. Dentro de los modelos que pueden ser extraídos de algunos de ellos se pueden mencionar:

3.1.3.1. Modelo de la vinculación afectiva

Castelló (2005) define la vinculación afectiva como la unión que se da entre dos sujetos y que tienen la necesidad de crear y conservar lazos permanentes. Así, la dependencia emocional sería un caso concreto de patología de la vinculación, en el que los dependientes serían personas con una vinculación afectiva extrema y patológica hacia los demás, con especial referencia hacia sus “objetos”.

Según este autor, se pueden considerar dos áreas en relación a la vinculación (la desvinculación y la vinculación afectivas) las cuales conforman un continuo en el que pueden haber una gama de niveles o grados y en las que se pueden tener actitudes afectivas dinámicas y con una gran variabilidad según las personas con las que se interactúan. Gráficamente Castelló (2005) expresa este continuo de la vinculación como sigue en la figura 2:

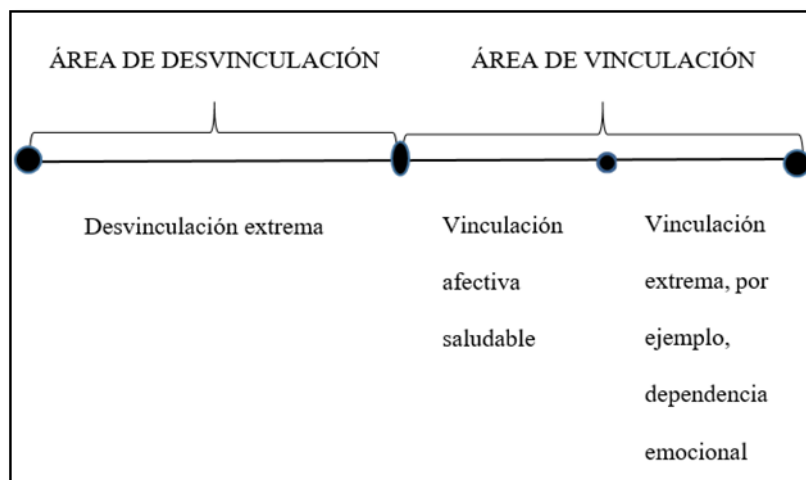


Figura 2. Continuo reformulado de la vinculación. Tomado de Dependencia emocional: características y tratamiento, por Castelló J. 2005, p. 191.

La vinculación afectiva o unión de carácter emocional con los demás tiene dos componentes, el de querer al otro y el de ser queridos por él. En circunstancias ideales, ambos componentes deberían tener similar importancia; sin embargo, esto no sucede así cuando la vinculación afectiva es extrema, es decir, en aquella donde el segundo componente (deseo de recibir afecto, valoración, compañía de otros) es superior al primero, como sucede con los dependientes emocionales, caracterizándose estos por focalizar su vinculación extrema en el objeto donde su actitud es más de aferramiento e idealización de cariño incondicional, pues tiene la intención de que el objeto de dependencia sirva únicamente de suministro externo de autoestima (Castelló, 2005).

3.1.3.2. *Modelo de la adicción afectiva*

De acuerdo con Echaburúa y De Corral (1994), las adicciones psicológicas implican la ejecución de conductas repetitivas que tienen por objetivo aliviar la tensión por medio de la realización de comportamientos que resultan contraproducentes para el sujeto. Si la falta de control y la dependencia son componentes fundamentales de los trastornos adictivos, esto es, la pérdida de la libertad, entonces las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en el diario vivir de las personas afectadas. Con esto se señala que, de conductas normales -incluso saludables- se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia y en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echaburúa & De Corral, 1994).

Tanto la pérdida de libertad como la incapacidad de ejercer libre voluntad son cruciales en toda adicción; y así llamamos enfermo de su adicción a aquella persona cuya adicción lo hace sufrir y por ello despierta la alarma sin poder prevenir su angustia pues no tiene libertad de elección (Sirvent, 2013).

En torno a esto, Riso (2012) considera que el apego es adicción, pues estima que “bajo el disfraz del amor romántico, la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable hasta convertirse en un anexo de la persona amada” (p.21). Agrega este autor que se refiere a la dependencia mental o psicológica y no a la biológica como cuando se estudia el apego en la relación padres-hijos. A esto se agrega que la connotación de “dependencia” sugerida para estas demostraciones también está basada en esa “necesidad” del dependiente de

otras personas, tal como ocurre en las personas que tienen adicciones químicas en relación con la sustancia (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013).

De igual manera, Sirvent (2013), refiriéndose a la adicción al amor, propone una definición como “la perpetuación patológica del enamoramiento o la eterna e insatisfactoria propensión al amor a través de una actitud dependiente” (p.5). Para este autor, una persona adicta al amor llega a sufrir más allá de lo tolerable o aceptable, pues paga un precio demasiado alto para disfrutar del amor, por lo que su adicción en realidad los lleva a no querer bien sino a querer mal. También estima que será “adicción” cuando sobreviene la infelicidad o desdicha pues toda adicción viene impresionada por el sufrimiento que ocasiona y sus inevitables consecuencias.

3.1.3.3. Modelo cognitivo-conductual-relacional

Este modelo busca conocer las diferencias en el proceso de información de las personas que sufren dependencia emocional a través de la identificación de sus esquemas mentales y sus estrategias de afrontamiento (Lemos, Jaller, González, Díaz & Dela Ossa, 2012). De esta manera, se reconoce a la dependencia emocional como un patrón que no solo compromete aspectos emocionales y motivacionales sino también aspectos cognitivos y conductuales dirigidos hacia otra persona, la cual es considerada como fuente de seguridad y satisfacción personal, suponiendo creencias erróneas sobre uno mismo, sobre la convivencia en pareja y sobre lo que significa el amor; y son en base a estas creencias que el dependiente emocional concibe su vida solamente dentro de una relación de pareja aun cuando esta pueda generarle insatisfacción y dolor (Castelló, 2005; Lemos y Londoño, 2006; Lemos et al., 2012).

Las cogniciones, así como las sensaciones y las emociones, pueden examinarse a la luz de las conductas, las cuales son regentadas por los mismos principios

operantes que las conductas observables, en las que el contexto sería el elemento que señala la conducta y donde otros conceptos como “la conducta gobernada por reglas”, “las relaciones derivadas de estímulos” y “la equivalencia de estímulos” también podrían explicar el origen y el sostenimiento de un patrón de dependencia afectiva. En este sentido se plantea “la teoría del marco relacional” en la que se proponen normas que instauran condiciones que luego formarán y modificarán las funciones tanto reforzantes y motivacionales como las aversivas y discriminativas de aproximación y evitación, creando así conductas relacionadas a un patrón de dependencia emocional (Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013).

Si se hace una observación de la dependencia emocional vinculando su patrón al de una conducta adictiva y se desea tener un conocimiento más amplio de una conducta “dependiente o adictiva”, se requerirá también una evaluación funcional que pueda ser explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta pudiéndose considerar como un hábito sobreaprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales (Secades & Fernández, 2001).

Asimismo, se advierte que las personas con alta dependencia a menudo buscan ser guiados o asistidos por otros, asumiendo un rol sumiso en la mayoría de sus relaciones y frecuentemente intentan eludir su responsabilidad; esto, debido a que frecuentemente buscan la aprobación de otros, por lo que se torna muy difícil tomar decisiones de forma independiente (Overholser, 1997). Es así como se considera que todo dependiente emocional tendrá una conducta desadaptativa contingente a una relación afectivodependiente con la otra persona (Moral & Sirvent, 2008).

Lemos y Londoño (2006) consideran en su trabajo seis dimensiones de la dependencia emocional relacionadas a este modelo, las cuales son:

- Ansiedad de separación. Que genera y refuerza las pautas de dependencia en la pareja, de tal manera que la persona se aferra a su pareja en demasía asignándole significados y la sobrevalora considerándola necesaria para vivir en calma, ser feliz y de esa manera no sentir la angustia que le genera la soledad. Esta ansiedad por la separación puede originarse ante un temporal distanciamiento en la vida cotidiana, ante separaciones rutinarias que generen desconfianza del retorno de la pareja y que llevan a detonar pensamientos automáticos relacionados con la pérdida y la soledad (Castelló, 2005; Beck & Freeman, 1995; Schaeffer, 2009).
- Expresión afectiva. La persona necesita tener constantes expresiones de afecto de su pareja para reafirmar el amor que se sienten y así calmar la sensación de inseguridad (Schaeffer, 2009).
- Modificación de planes. Con el propósito de satisfacer a la pareja o para conseguir compartir más tiempo con ella, la persona está atenta a las necesidades, deseos o incluso caprichos de la pareja (Castelló, 2005).
- Miedo a la soledad. Miedo a no tener pareja o no sentirse amado por alguien de tal forma que el dependiente emocional percibe la soledad como algo aterrador que intenta evitar por todo medio (Castelló, 2005; Schaeffer, 2009).
- Expresión límite. Ante la ruptura de una relación, el dependiente emocional no sabe lidiar con la soledad y pierde el sentido de la vida, lo que le puede llevar a acciones y expresiones impulsivas de autoagresión que pueden considerarse como estrategias de aferramiento (Castelló, 2005).
- Búsqueda de atención. Que responde al deseo del dependiente emocional de tener la atención de su pareja en forma exclusiva, llevando a cabo lo que sea

para lograr su atención, de tal forma que busca asegurar la permanencia de la relación (Castelló, 2005).

Finalmente, en sus relaciones, las personas con dependencia afectiva tienden a presentar subidas y bajadas en sus emociones poseyendo niveles bajos de auto-regulación emocional; siendo este vaivén emocional de mayor frecuencia cuando ocurren conflictos. Además, suelen presentar a menudo estrategias de evitación y escape, las cuales no les permite asumir o enfrentar el problema y sus consecuencias, manifestándose concomitantemente sentimientos inestables como el miedo, la culpa, la rabia, la sensación de rechazo y pseudosimbiosis (por no sentirse completo sin el otro) (Moral & Sirvent, 2009; Izquierdo & Gómez-Acosta, 2013; Sophia, Tavares & Zilberman, 2007).

3.1.3.4. Modelo de las interacciones en los sistemas

Este modelo extraería los aportes sobre las teorías de las interacciones o transacciones familiares. Ahora bien, para que la familia pueda cumplir su propósito intenta mantener desde la dialéctica dos inclinaciones que no se pueden separar: la del equilibrio u homeostasis y la del crecimiento o diferenciación que pueden constantemente afirmarse o negarse. Es así como desde las interacciones con énfasis en los procesos psíquicos, Bowen con su concepto de “diferenciación” e “indiferenciación” hace mención de que cuando los miembros de la familia son indiferenciados pareciera que estuvieran en una fusión en la que no hay límites entre unos y otros con una “preexistente necesidad emocional de permanecer juntos” pudiendo percibirse en estas personas que responden o reaccionan unánimes dando muestras de tener los mismos pensamientos que el otro (Fairlie y Frisancho, 1998).

Esta “indiferenciación fusionada” es considerada como una unión emocional entre una y otra persona que puede evolucionar hacia la dependencia de una debido al temor que puede producirse ante la separación de la otra, percibiendo así la persona “fusionada” esta separación como algo atroz, inaguantable o tremendo; por lo que esta persona buscará siempre sentirse reconocido, querido y acompañado por otra intentando así cubrir sus necesidades emocionales teniendo además el deseo de hacerse cargo del otro y hacerle feliz (Vargas, Ibáñez y Mares, 2016).

En torno a la relación entre miembros de la familia, Hoffman hace comparar este yo indiferenciado familiar de Bowen al concepto de “pseudomutualidad” de Wynne y a lo Minuchin señala como familia enredada o aglutinada (Fairlie y Frisancho, 1998), lo que se referiría a la forma y el grado en que las personas obtienen independizarse de su familia, así como la distancia emocional que establecerían con esta.

Cuando la persona miembro de una familia no logra diferenciarse, entonces se convierte en una persona indiferenciada, pudiendo expresar esta indiferenciación en dos formas extremas cuyas características compartidas son el de ser más emocionales e impulsivos que las diferenciadas. La de tipo fusionada se refiere a una persona emocionalmente tan apegada a sus seres queridos que vive la vida de estos con mucha vehemencia; mientras que la de tipo desconectada surge a partir de la fusión donde la relación es conflictiva escalando a tal grado de conflicto que la persona acaba alejándose emocionalmente y desconectándose de sus seres queridos (Vargas, García, Palomino & Ibáñez, 2016).

Las investigaciones de Bowen respecto a la diferenciación del Self concluyen en que a mayores niveles de diferenciación se puede predecir un mayor grado de salud y/o ajuste psicológico, lo que además se correlaciona con menores niveles de

ansiedad y también con la intimidad, la identidad, así como con las estrategias de afrontamiento en la persona (Rodríguez-González y Martínez, 2015).

En ese sentido, la teoría de Bowen nos deja entrever la regulación emocional de una persona consigo misma y con los demás; así también la influencia de la familia de origen en especial de los padres en la selección de la pareja, ya que plantea que en una relación de pareja las personas poseen diferentes tipos de diferenciación como se ha mencionado. Es así como un sujeto indiferenciado con una falta de su self está propenso a establecer relaciones emocionalmente dependientes tendiendo a la ansiedad ante una posible separación o abandono de su pareja, aunque también teniendo miedo de relacionarse de cerca, pudiendo presentar ambivalencias ante las conexiones intensas; por tanto, las relaciones de pareja que se establezcan serán de tipo ambivalentes, fusionadas y dependientes, pudiendo la persona dependiente batallar entre aquella necesidad de depender del otro para edificar su propio self desde el otro, y el miedo al abandono así como la fusión y el control por el otro (Vargas, Ibáñez & Hernández, 2014).

3.2. Depresión

3.2.1. *Definiciones de depresión*

La definición de depresión ha experimentado una larga evolución tanto en lo teórico como en lo cultural. Al centrarse en el ámbito de las depresiones, se puede advertir los cambios culturales contemporáneos que están relacionados con esta entidad; cambios, que son mucho más rápidos y profundos de los que se hayan podido describir en siglos pasados desde el enunciado concepto de melancolía por los antiguos griegos (Cobo, 2005).

Desde la perspectiva antropológica, la historia terminológica-conceptual de la depresión está jalonada, fundamentalmente, por tres vocablos: Melancolía, acedia y depresión que, a su vez, representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: Cosmológica, teológica y logológica (Aguirre, 2008).

Proveniente de la expresión latina “de” y “premere”, la depresión como vocablo significa “empujar hacia abajo” y fue registrada por primera vez en Inglaterra aproximadamente por el siglo XVII cuando un médico y poeta inglés habla de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía; apareciendo ese mismo siglo otro médico escocés estudioso del sistema nervioso quien habla de una relación entre depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. Esto lleva a que en el siglo XIX este término depresión sea ampliamente empleado junto al de melancolía para referirse a la enfermedad (Jackson, 1989).

Es así como a fines del siglo XVIII y XIX el término melancolía fue lentamente reemplazado por el concepto de depresión, el cual llegó a considerarse no tanto un trastorno intelectual sino más como un trastorno afectivo o del humor y la mencionada “locura maníaco-depresiva” de Emil Kraepelin que tuvo profunda influencia en la psiquiatría del siglo XX sienta las bases para el surgimiento del diagnóstico contemporáneo de depresión (Grob, 2012).

También Galli (1994) recuerda la llamada “depresión vital” por Honorio Delgado, quien la considera más como un trastorno de su instintivo-volitivo que de su afectivo-emocional, el cual lo lleva, en un principio, a la merma de la fuerza psicobiológica, a la paresia leve, moderada o severa y que en su grado extremo paraliza al individuo.

En los últimos años, se ha observado que la depresión es un trastorno mental que se presenta con frecuencia en todo el mundo, calculándose en el 2015 que el

número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones (OMS, 2017).

Los síntomas que la definen han sido reconocidos desde milenios en la historia de la medicina, siendo en el siglo V a.C. con los escritos de Hipócrates en los que no solo se da una definición de la depresión; conocida en griego como “melancolía” de manera similar a las definiciones actuales, sino que también utiliza el contexto para diferenciar la tristeza común del trastorno depresivo, ya que la tristeza era entendida como una reacción natural a una pérdida y la presencia de síntomas indicaban enfermedad solamente si no eran atribuibles a un desencadenante identificable o si se presentaban de forma desproporcionada en intensidad y duración a ese desencadenante (Horwitz, Wakefield, & Lorenzo-Luaces, 2016).

Además, se reconoce que, a pesar de haberse considerado a la depresión como el resultado de un desequilibrio químico cerebral, esta explicación no sería suficiente para explicar la complejidad de este trastorno (Harvard Health Publishing, 2019).

En una revisión, se define la depresión como un síndrome clínico, generalmente clasificado como un trastorno mental, específicamente en los manuales de diagnóstico, se la clasifica como un trastorno del humor o del afecto (Diz, Garza, Olivas, Montes & Fernández, 2019).

En tanto, el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) tiene su definición basada en nueve criterios de los cuales al menos cinco se deben presentar por lo menos en dos semanas, como se explicará más adelante (APA, 2013).

Por su parte la OMS (2019) considera que la depresión es una entidad diferente a las observados en las alteraciones del estado de ánimo y de las comunes respuestas emocionales ante los problemas del diario vivir, pudiendo convertirse en

un problema serio de salud especialmente al llegar a darse por tiempo prolongado y con una intensidad moderada a grave. Esto último suele generar gran padecimiento y frecuentemente perturba las actividades normales de la persona en diferentes ámbitos de su vida, llevándola en última instancia al suicidio.

Mientras que Garcia (2010) define la depresión como un trastorno mental causado por una interacción compleja entre factores orgánicos, psicológicos, ambientales y espirituales, caracterizados por angustia, disminución del estado de ánimo y la pérdida de interés, placer y energía frente a la vida.

Para Zarragoitía (2011), un sentimiento de tristeza no dispone una depresión clínica ya que la afectación en esta última tiene una expansión mayor que la esperada en una tristeza mientras que la depresión examinada como una condición médica puede llegar a perturbar no solo el estado de ánimo de la persona sino también sus pensamientos y sus conductas ya que modifica la forma en cómo se siente, cómo actúa y cómo piensa.

Refiere el mencionado que, en la depresión, los diferentes síntomas clínicos junto con sus características de permanencia, severidad y de interferir negativamente en la vida del individuo, son la clave para distinguirla de otras condiciones que no constituyen una enfermedad como pueden ser las habituales fluctuaciones emocionales o los estados emocionales negativos temporales (Zarragoitía, 2011).

De esta manera, se observan diversas definiciones para la depresión que finalmente confluyen en síntomas similares en los que la tristeza, apatía entre otras alteraciones mentales y físicas no parece discriminar edad, sexo, raza o religión.

3.2.2. Características de la depresión

La depresión incluye una combinación de síntomas sin que el diagnóstico, según los síntomas, identifique la causa de la enfermedad. La depresión es una

enfermedad compleja ya que, hasta la actualidad, no se reconoce una única causa, sino que puede ser consecuencia de una gran variedad de factores causales. Algunas personas experimentan depresión en el transcurso de una enfermedad médica seria y otros pueden tener depresión al producirse cambios o pérdidas durante su vida; por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cada vez más las investigaciones sugieren que la depresión no emerge de, simplemente, tener demasiado o muy poco de ciertos químicos cerebrales, sino que se consideran muchas posibles causas, las cuales incluyen fallas cerebrales en la regulación del estado de ánimo, vulnerabilidad genética, eventos estresores en la vida, medicamentos y problemas médicos (Harvard Health Publishing, 2019).

Mientras se ha observado unanimidad entre los escritores sobre muchas de sus características, también se ha observado desacuerdos en muchas otras; sin embargo, desde tiempos antiguos ha habido una consistencia presente en su descripción. Los signos y síntomas centrales de la depresión como un estado de ánimo venido a menos, el pesimismo, la autocrítica y el retardo o la agitación parecen haber sido aceptados universalmente. Otros signos y síntomas que han sido considerados como intrínsecos al síndrome depresivo incluyen síntomas autonómicos, estreñimiento, dificultad en la concentración, pensamiento enlentecido y ansiedad. En general, muy pocos estudios sistemáticos han sido diseñados para delinear los signos y síntomas característicos de la depresión (Beck & Alford, 2009).

Según estos autores, la molestia principal en la depresión puede tomar una variedad de formas como: un estado emocional desagradable, un cambio en la actitud hacia la vida, síntomas somáticos de una naturaleza específicamente depresiva o síntomas somáticos no típicos de la depresión. Además, Beck y Alford

(2009) hacen una presentación bastante amplia de los cuatro grupos de quejas y síntomas principales que presentan las personas con depresión, y estos grupos son:

- a) Manifestaciones emocionales. Entre las que se encuentran el abatimiento del ánimo, sentimientos negativos hacia uno mismo, la pérdida de la gratificación o satisfacción por lo que hacía, la pérdida del vínculo afectivo en otras personas o actividades que acompaña a la insatisfacción, episodios de llanto sin causa aparente, pérdida de la respuesta de alegría.
- b) Manifestaciones cognitivas. Entre las cuales están una baja autoestima y baja autoevaluación, expectativas negativas y pesimistas, la autocrítica con sentimiento de culpa, la dificultad para tomar decisiones, distorsión de la imagen corporal.
- c) Manifestaciones motivacionales. Que incluyen pérdida de la voluntad o motivación, conductas de evitación, de escape y de retirada o abandono, un gran deseo de recibir ayuda, guía o dirección.
- d) Manifestaciones físicas y vegetativas. Como pérdida del apetito, perturbaciones en el sueño, pérdida de la libido, fatiga.

No obstante, también se consideran como manifestaciones de la depresión, las características clínicas observadas y reportadas por psiquiatras tales como la agitación psicomotriz, la reducción en su actividad espontánea; y las referencias de pacientes con pensamientos delusivos y alucinatorios (Zarragoitia, 2011; Beck & Alford, 2009; APA, 2013).

El DSM-5 considera que el trastorno de depresión mayor debe reunir ciertas características para su diagnóstico en el adulto. Así, se considerarán cinco o más de los siguientes síntomas que han estado presentes durante un mismo periodo de, al

menos, dos semanas y que representan un cambio en el funcionamiento previo, hallándose estos de forma subjetiva u observable:

- 1) Un estado de tristeza profunda la mayor parte del día o casi diariamente.
- 2) Presencia de apatía la mayor parte del día o casi diariamente.
- 3) Sin haberse sometido a alguna dieta, hay pérdida o aumento de peso, que suele acompañarse de un apetito disminuido o aumentado casi diariamente.
- 4) Se observa un enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente.
- 5) Hay una pérdida de energía o fatiga casi diariamente.
- 6) Perturbaciones para dormir como hipersomnia o insomnio casi diariamente.
- 7) Muestra sentimientos de gran culpa o se siente incapaz de ser útil casi diariamente.
- 8) La capacidad de concentración y pensamiento adecuado, así como para la toma de decisiones se ve disminuida casi diariamente.
- 9) La persona puede presentar ideas suicidas o pensamientos relacionados a muerte de forma recurrente, aunque no tenga un plan establecido o no haya tenido un intento suicida.

Además, se sopesa que los síntomas causen gran malestar clínico afectando negativamente su desenvolvimiento en los diversos ámbitos de su vida, que los síntomas no se expliquen por efectos de sustancias o trastornos médicos de base (APA, 2013).

En suma, las manifestaciones de la depresión pueden ser diversas, además, a pesar de tener expresiones comunes en algunos casos, puede variar según la persona, el momento del diagnóstico y otros factores que pueden ser o no observables.

3.2.3. Modelo teórico sobre la depresión

Las teorías de la depresión que han sido probadas y aplicadas al tratamiento psicoterapéutico de los trastornos del ánimo incluyen fórmulas de la terapia interpersonal y de la terapia cognitiva conductual. Otras teorías incluyen la psicoanalítica, la teoría evolucionista, la del existencialismo, la teoría desde una perspectiva neurológica y neuropsicológica, la teoría bioquímica y la de los modelos animales (Beck & Alford, 2009).

Aunque se pueden enumerar varios modelos teóricos de la depresión, se expondrán sólo algunos:

3.2.3.1. Modelo neurobiológico

Con un abordaje biológico de la depresión, se sustenta principalmente en dos hipótesis. Una de ellas plantea que la etiopatogenia de la depresión endógena estaría relacionada con una reducción de la actividad de las monoaminas llamadas serotonina y noradrenalina o de ambas en el sistema nervioso central. La segunda hipótesis postula que en la depresión se dan alteraciones morfofuncionales en diferentes áreas cerebrales provocadas por una disminución de factores neurotróficos. Estos cambios, a su vez, podrían estar relacionados con alteraciones en la regulación del eje hipotálamo-hipófiso- suprarrenal (Caballo, Carroble y Salazar, 2011; Golden & Janosky, 1990).

3.2.3.2. Modelo conductual

Dentro de este modelo se consideran algunas teorías como las de Ferster, quien veía la depresión como un índice de respuesta reducido y generalizado ante un estímulo externo; esto es una disminución de la frecuencia de la “respuesta adaptativa” en la que la persona deprimida aumenta las conductas de evitación y el comportamiento de escape en situaciones en las que es posible obtener un refuerzo

positivo y, a la inversa, desarrolla un repertorio de comportamiento pasivo en circunstancias en las que el escape se reforzaría, por lo que no escaparía del castigo (Rehm, 1990; Wolman & Stricker, 1990; Beck & Alford, 2009).

Por su parte, Lewinsohn considera a la depresión como una respuesta a una pérdida o falta de refuerzo positivo: El refuerzo insuficiente en los dominios principales de la vida de uno conduce a la disforia y a una reducción en el comportamiento, que son los fenómenos principales de la depresión (Rehm, 1990; Wolman & Stricker, 1990).

Mientras que Seligman presentó su teoría de la indefensión aprendida, la cual sostiene que la depresión solo se produciría si el individuo percibe la incontrolabilidad de su conducta, es decir, si percibiera que haga lo que haga no podrá reducir las consecuencias negativas (Rehm, 1990; Wolman & Stricker, 1990).

Como complemento Rehm (1977) considera la depresión como un conjunto de problemas relacionados con el autocontrol.

Estos modelos se ocupan de las formas en que las personas manejan su comportamiento para obtener objetivos a largo plazo (Por ejemplo, dejar de fumar o comenzar a hacer ejercicio para mejorar su salud en el largo plazo). En la depresión, las personas se perciben sin remedio en cuanto a los objetivos a largo plazo y se sienten impotentes para manejar su propio comportamiento, y es por ello que se sostiene que cuando una persona se deprime, el comportamiento organizado para los objetivos a largo plazo se deteriora primero. De esta forma, la persona deprimida puede continuar satisfaciendo las demandas inmediatas de su existencia diaria, en las que el comportamiento sin consecuencias inmediatas no se realiza (Rehm, 1990).

3.2.3.3. *Modelo de cognitivo*

Propone que los acontecimientos vitales no son los responsables de nuestros sentimientos de tristeza, sino que estos se deben a la interpretación sesgada que hacemos de los mismos. Según estas teorías, a lo largo de nuestras vidas vamos incorporando una serie de ideas irracionales o disfuncionales que, a pesar de no estar sustentadas por datos empíricos, tomamos como ciertas y nos hacen ver de una forma distorsionada los diferentes problemas a los que nos enfrentamos. De esa forma, estas ideas nos impiden dar una respuesta adecuada a las dificultades derivando en una visión catastrófica y global que Beck denominó como Triada Cognitiva Negativa, un concepto negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. (Beck, 1987; Rehm, 1990; Beck & Alford, 2009).

3.2.3.4. *Modelo psicoanalítico*

Estas teorías establecen como causa de la depresión a una pérdida real o imaginaria de un “objeto” y en las experiencias de vida temprana. Sitúa el origen de la depresión en un conflicto infantil no resuelto que en la edad adulta haría a los sujetos más vulnerables ante las pérdidas o frustraciones de la vida (Wolman & Stricker, 1990; Mendelson, 1990).

3.2.3.5. *Modelo humanista-existencial*

Que da mayor importancia a la naturaleza humana involucrando la creatividad, la espontaneidad y las relaciones interpersonales, necesidades únicas de la especie humana (García, 2010). Maslow señala que “lo más importante dentro de las necesidades humanas es la necesidad de autorrealización; pues solo así, tiene una vida significativa y cualquier cosa que bloquee nuestro esfuerzo por satisfacer esta necesidad puede ser causa de depresión” (McLeod, 2015, p.7).

Esta teoría intenta profundizar y dar claridad en la apreciación de la situación humana; expresa una preocupación por los individuos y la visión de sus circunstancias particulares; la comprensión de que el individuo se encuentra en una búsqueda natural de por vida sobre la trascendencia de lo que le rodea, teniendo en cuenta de que si bien el camino de cada persona es único, otros, aunque estén comprometidos en sus propios viajes de descubrimiento, pueden aportar de sus experiencias (Kraus & Kraus, 1990).

También, desde su perspectiva existencial, vislumbra que la mayoría de las experiencias emocionales están vinculadas con procesos cognitivos, y las emociones son un elemento indispensable de la cognición y los síntomas de depresión pueden ser una de las formas de adaptación a los requisitos excesivamente altos del medio ambiente (Galecki & Talarowska, 2017).

En suma, si bien hay teorías sobre la depresión intentando explicar su patogenia, se incrementan las mismas con el paso del tiempo pues esta entidad ha viajado por diversos senderos como el mágico, el religioso, el químico, el religioso, el anímico, el orgánico, el humorístico, el eléctrico, el ambiental, el genético, el espiritual, el vital, llegando hasta los neurotransmisores y las características clínicas que parecen permanecer estables (Zarragoitia, 2011).

3.2.3.6. Modelo neurológico y neuropsicológico

La teoría neurológica, por un lado, estima como una explicación para la depresión, la historia frecuente de “susceptibilidad hereditaria”, especialmente en gemelos idénticos, de lo que se puede inferir que la presencia de depresión posparto, depresión premenstrual y una alta frecuencia de ataques maníacos en la juventud y ataques depresivos en la adultez serían producidos por cambios hormonales. Y, por otro lado, la teoría neuropsicológica sugiere que alteraciones

neuroanatómicas del cerebro estarían asociadas con la depresión (Beck & Alford, 2009).

3.2.3.7. *Modelo sindrómico*

Considera los síntomas y signos que pueden presentar los desórdenes depresivos (Zung, Richards & Short, 1965), señalados en 3 grupos:

- Afectivos persistentes, que toman en cuenta el sentimiento de tristeza, abatimiento o melancolía y la tendencia o presencia de accesos de llanto.
- Equivalentes fisiológicos, que consideran las perturbaciones fisiológicas expresadas en síntomas y signos como pérdida de peso o del apetito, alteraciones con el sueño, disminución de la libido, malestares gastrointestinales, del sistema cardiovascular y del sistema músculo-esquelético.
- Equivalentes psicológicos, que engloban perturbaciones como la agitación o el retardo psicomotriz, confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, disgustos además de la desvalorización personal y presencia de ideas suicidas.

3.2.3.8. *Modelo sistémico*

Considera a la depresión como un sistema interpersonal autoperpetuante, en el que la sintomatología depresiva es congruente con el desarrollo de la situación interpersonal de la persona depresiva y en el que los síntomas tienen una relación de mantenimiento mutuo con la respuesta obtenida del entorno social, vale decir, la persona deprimida y otras personas dentro de su espacio social se confabulan para crear un sistema en el que no se puede recibir una retroalimentación y varios esfuerzos para cambiar se convierten en el mantenimiento del sistema (Coyne, 1976b).

El comportamiento de las personas deprimidas suele ser aversivo y poderoso, llegando a ser capaces de inducir estados de ánimo negativos en sus más allegados como es el caso de la pareja; así también puede inducir culpa e inhibición en la misma, es decir, las personas deprimidas al transmitir su angustia a otros, provocan muestras de apoyo en otros, reduciendo las demandas e inhibiendo la hostilidad de los demás. De esto se cree que las personas clave que acompañan al deprimido persisten en sus esfuerzos de mantenimiento del problema porque han llegado a creer que lo que están haciendo es razonable y apropiado, siendo así como reducen temporalmente la aversión de las personas deprimidas al proporcionar aparentemente lo que se les pide, incluso mientras su creciente impaciencia, hostilidad y abstinencia se van filtrando hacia la persona deprimida; aquella sutil y abierta hostilidad y el rechazo que afecta a la persona con depresión (Coyne, 1984).

Linares y Campo (2000), quien se refiere a los vínculos afectivos y el desarrollo de la patología depresiva desde la familia de origen, considera que existen criterios básicos como las funciones parentales y las conyugales con los que hay que abordar este fenómeno; ambas ejercidas en la familia de origen. Según este autor, la depresión mayor se instala en contextos familiares de abandono o descuido y ausencia de relaciones amorosas entre los padres, entonces, la hija o el hijo sufren una suerte de carencias que luego determinarán un estado de indefensión y desesperanza; mientras que la depresión menor o distimia suele asentarse en familias presas de los juegos de pareja entre cónyuges inmaduros llegando a “triangular” con sus hijos, ya que estos se encontrarían en medio de las disputas conyugales; en consecuencia estos llegan a ser víctimas de uno o ambos progenitores, protegiéndose del juego a través de la angustia que caracteriza al estado de distimia.

En ese sentido, cuando adulto, la pareja que escogerá el depresivo será alguien que requiera demostrar a sí mismo y a los demás que es capaz de proteger y apoyar a quien requiera de su ayuda, lo que, en primera instancia, parece beneficiar al depresivo pero que, en realidad, es una ayuda ofrecida para beneficiar a quien la brinda, quien, además, busca cubrir alguna necesidad y con este nuevo engaño el depresivo sucumbirá a profundizarse en dicho estado de depresión. De esta forma, la pareja que se ha construido evolucionará controlada por una complementariedad rígida en la que el paciente depresivo progresivamente se abandonará a sus síntomas y a la descalificación, mientras que su pareja acumulará más responsabilidades y, a la vez, más prestigio ocultándose entonces los puntos débiles del cónyuge que al lucir abnegado por el depresivo en realidad hará que este último profundice su estado hacia una cronicidad (Linares & Campo, 2000).

4. Definición de términos

Aun cuando la dependencia emocional esté dentro de las calificadas como “dependencias relacionales” como también lo son la “adicción al amor” y las dependencias no típicas, deben diferenciarse de las dependencias utilizadas como un medio para relacionarse conocidas como “coadicciones” (Sirvent, 2004; Moral & Sirvent, 2008), entre las cuales están:

- **Bidependencia.** Considerada como una relación típica de un adicto o ex adicto a sustancias, habituada y acomodada con una conducta incluida en aquella adictiva primaria como producto de una intensa práctica sociopática que condiciona de forma muy importante el quehacer de la persona o personas implicadas (Sirvent, 2000). Una persona bidependiente no tiene conciencia verdadera del problema, se siente cohibida en la toma de sus propias

decisiones, por lo que tiende a delegar a otros que las tomen por ella; busca obsesivamente a su pareja muchas veces minimizando u ocultando los defectos de esta y considera que es la única que la motiva, puede tener frecuentemente sentimientos de vacío, sensación de no poder escapar y apego por las relaciones intensas o peligrosas (Moral & Sirvent, 2008).

- Codependencia. Es aquella relación de dependencia en la que hay un individuo considerado “normal” frente a otro que es considerado débil o frágil y en la que, generalmente, este último se encuentra sumido en la adicción al alcohol u otras sustancias psicoactivas. Aquí, la pareja del adicto percibe y se comporta de tal manera que evidencia su tolerancia a la conducta adictiva del paciente, se convierte en su cuidador y lleva así un comportamiento hiperresponsable, redentor y de sobreprotección, supeditando su vida alrededor del adicto. De esta forma, el llamado codependiente se comporta sin tener límites claros de su yo pues vive centrado y en función al adicto llegando a olvidarse de sí mismo pues, además, no tiene claros los límites del “yo” (Moral & Sirvent, 2008).

5. Hipótesis de la Investigación

5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre dependencia emocional y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.

5.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.

- Existe relación significativa entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.
- Existe relación significativa entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.
- Existe relación significativa entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.
- Existe relación significativa entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, Perú, 2018.
- Existe relación significativa entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La actual investigación utilizó un enfoque cuantitativo de alcance correlacional, lo que permitió, por un lado, efectuar una relación entre las variables objeto del presente estudio: dependencia emocional y depresión y, por otro, describir las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

Además, este estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal, ya que se recabaron datos en un tiempo único y un solo momento; teniendo como objetivo el describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

A continuación, se definen y se muestran las tablas de la Operacionalización de las variables que fueron estudiadas en esta investigación.

2.1. Definición conceptual de las variables

2.1.1. *Dependencia emocional*

Definida como la persistencia de pautas que reflejan necesidades afectivas no satisfechas y que intentan cubrirse a través de conductas maladaptativas dirigidas hacia otros muchas veces movilizadas por pensamientos y creencias particulares que el dependiente tiene sobre cómo se percibe a sí mismo y sobre cómo percibe su relación con los demás. Así, existen ideas de sobrevaloración en relación a la amistad, en relación a las emociones que se suelen dar en una relación íntima o

cercana, en relación a la interdependencia y la intimidad, entre otras (Lemos & Londoño, 2006).

2.1.2. Depresión

Es considerada como el trastorno más frecuente dentro de las enfermedades mentales ya que afecta, sin discriminar, sexo, edad o clase social y generalmente se asocia a sentimientos de tristeza profunda, desesperanza, indefensión y culpa entre otros. Este trastorno puede ser grave y persistente, y puede tener varios síntomas concomitantes dentro de los que se incluyen las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Zung, 1965).

2.2. Operacionalización de las variables

En la Tabla 1 se observa la operacionalización de la variable dependencia emocional y la información principal respecto a lo que mide el instrumento.

Tabla 1

Variable	Dimensiones	Definición	Ítems	Categoría de respuestas
Dependencia emocional	Ansiedad de separación	Miedo ante la posibilidad de disolución de la relación.	2, 6, 7, 8, 13, 15, 17	Escala Likert de seis puntos 1= Completamente falso de mí.
	Expresión	Necesidad del sujeto de tener constantes expresiones de	5, 11, 12	

Operacionalización de la variable dependencia emocional

afectiva	afecto de su pareja que reafirmen el amor que se sienten y que calme la sensación de inseguridad.		2= La mayor parte falsa de mí.
Modificación de planes	El cambio de actividades, planes y comportamientos debido a los deseos implícitos o explícitos por satisfacer a la pareja o a la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con ella.	16, 21, 22, 23	3= Ligeramente más verdadero que falso. 4= Moderadamente verdadero de mí.
Miedo a la soledad	El temor por no tener una relación de pareja, o por no sentirse amado.	1, 18, 19	5= La mayor parte verdadera de mí.
Expresión límite	Manifestaciones límites frente a la ruptura o posible ruptura de una relación que puede llevar a que el sujeto realice acciones y manifieste expresiones impulsivas de autoagresión.	9, 10, 20	6= Me describe perfectamente
Búsqueda de atención	Tendencia a 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).	3,4	

A continuación, se puede apreciar la tabla 2 con la operacionalización de la variable depresión detallando los aspectos más pertinentes.

Tabla 2

Operacionalización de la variable depresión

Variable	Dimensión	Definición	Ítems	Categoría de respuesta
Depresión	Afectivos persistentes	Síntomas entre los que se encuentran el estar deprimido, triste, melancólico, y presentar accesos de llanto.	1, 3	4 tipos de respuesta para cada ítem: Muy pocas veces Algunas veces Muchas veces Casi siempre
	Equivalentes fisiológicos	Grupo de síntomas entre los que se encuentran alteraciones del sueño, apetito, del peso con perturbaciones a nivel sexual, gastrointestinal, cardiovascular y musculoesquelético.	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	
	Equivalentes psicológicos	Síntomas que incluyen la agitación o retardo psicomotriz, confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, irritabilidad, desvalorización personal e ideas de suicidio.	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	

3. Delimitación geográfica y temporal.

La presente investigación se realizó en la ciudad de Lima en el Perú, específicamente en el distrito de Los Olivos, que es uno de los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. Los Olivos es un distrito de creación relativamente reciente pues fue creado por Ley N° 25017 el 6 de abril de 1989; es un distrito de clase media, mayoritariamente emergente y en proceso de explosión demográfica debido a la alta tasa de natalidad y la disminución de la tasa de mortalidad.

Una de las urbanizaciones involucradas en la creación de Los Olivos es la urbanización Los Pinares donde se encuentra el centro de psicoterapia Renacer Integral. Este centro de psicoterapia viene laborando desde el año 2014 atendiendo pacientes niños, adultos, parejas y familias de acuerdo a los enfoques de la terapia cognitivo-conductual y terapia familiar sistémica.

Este estudio se contempló en el transcurso de julio 2018 hasta agosto 2019; tiempo que coincide con la fase de recolección de datos hasta el análisis de los resultados.

4. Población y muestra

4.1. Población

Los Olivos es uno de los distritos más poblados de la ciudad de Lima llegando a 332 mil habitantes en el año 2017 y estimándose para el 2018 que la población alcanzará los 350 mil habitantes.

La población de pacientes atendidos nuevos en el periodo de estudio fue de 140, la cual constituye el total de pacientes nuevos atendidos por primera vez en el centro de terapia sin distinción desde julio 2018 hasta agosto 2019.

4.2. Muestra

Los participantes del presente estudio fueron 114 personas entre hombres y mujeres adultos en una relación actual de pareja que engloba a casados, convivientes y personas no convivientes que cursan con una relación de pareja reciente, que acudieron al centro de psicoterapia por alguna perturbación personal o con su relación de pareja cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 55 años de edad, en quienes se aplicó los instrumentos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), según algunos criterios de inclusión y exclusión como se señaló; para obtener una muestra conformada por sujetos accesibles en un lugar determinado y en un momento preciso dentro del periodo mencionado. Los sujetos se fueron incluyendo en el estudio a medida que se fueron presentando.

4.3. Características de la muestra

Tabla 3

Características sociodemográficas de los participantes

	n	%
Sexo		
Masculino	37	32.5%
Femenino	77	67.5%
Edad		
18 a 25 años	21	18.4%
26 a 40 años	65	57.0%
41 a 55 años	28	24.6%
Estado civil		
Soltero	11	9.6%
Soltero en una relación	50	43.9%
Casado	34	29.8%
Conviviente	19	16.7%

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes cuyas edades oscilan entre 18 y 55 años de edad

- Personas de ambos sexos.
- Personas que actualmente mantienen una relación heterosexual de pareja: solteras, en noviazgo, casadas y/o convivientes.
- Personas que hayan tenido al menos una relación de pareja heterosexual en su vida.
- Personas que hayan terminado su relación de pareja dentro de los últimos 6 meses.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 55 años.
- Personas que nunca hayan tenido una relación de pareja previa.
- Personas que hayan terminado una relación de pareja hace más de 6 meses.
- Personas que cursen con algún trastorno de personalidad diagnosticado por psiquiatría.
- Personas que estén recibiendo tratamiento psiquiátrico.
- Personas con opción sexual no heterosexual.

5. Instrumentos

En este estudio se emplearon el Cuestionario de Dependencia Emocional de Lemos y Londoño (2006) y la Escala de Automedición de Depresión de Zung (1965) para lograr los objetivos pretendidos.

5.1. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)

El presente cuestionario fue construido y validado por María Lemos y Nora Londoño (2006) en Colombia, para hacer un análisis que abordara la dependencia emocional como un constructo. Para ello, tomaron una muestra de 815 personas

entre mujeres (506 equivalente al 62.1%) y hombres (309 equivalente al 37.9%) dentro del área de la ciudad de Medellín en Colombia y entre las edades de los 16 y 55 años.

El cuestionario fue elaborado tomando en cuenta el constructo de “perfil cognitivo” considerado como propio y particular de las personas con dependencia emocional y sobre el fundamento del modelo de la terapia cognitiva de Aaron Beck (Beck, Freeman, 1995).

Este cuestionario autoaplicable tiene una duración de aproximadamente 10 minutos en su desarrollo y consta de 23 ítems cuyo valor individual está basado en la escala Likert de seis puntos. La persona podrá elegir entre las alternativas que van desde “completamente falso de mí” hasta “me describe perfectamente” refiriéndose a las características de sus creencias en función a cómo se percibe a sí mismo, a qué concepto tiene de sí y del otro en una relación de pareja, también permiten reconocer aquellos estímulos que son considerados específicamente como amenazantes para el dependiente emocional, además de conocer las estrategias interpersonales que utiliza para mantener la relación. En esta prueba se identificaron 23 ítems y 6 subescalas, las cuales fueron: “Ansiedad de separación”, “expresión afectiva de la pareja”, “modificación de planes”, “miedo a la soledad”, “expresión límite” y “búsqueda de atención”. El valor Alfa de Cronbach alcanzado por las subescalas estuvo entre 0.617 y 0.871, el de la escala total fue de 0,927 (Lemos y Londoño, 2006).

En el Perú, el Cuestionario de Dependencia Emocional ha sido utilizado en diversas investigaciones en Juliaca (Calla y Uyuquipa, 2015); en Trujillo (Lecca, 2016; Fonseca, 2016; Delgado, 2017; Sevilla, 2018); en Lima (Meza, 2012; Rifai, 2018), encontrándose niveles adecuados de confiabilidad y validez.

Para este trabajo, se tomó en cuenta la validez y confiabilidad encontrada por Brito y Gonzales (2016) cuya muestra estuvo conformada por 987 personas entre las edades de 18 y 35 años en la ciudad de Cajamarca, arrojando una confiabilidad de .919 para el test general y probándose la validez total, la misma que consideró la validez de contenido considerando la opinión de diez jueces expertos; la validez de constructo realizando el análisis factorial y la validez de criterio con la que utilizó el test de autoestima de Rosenberg y el test de ansiedad de Zung.

En la muestra de la presente investigación se encontró una fiabilidad para el cuestionario global y de sus dimensiones de .94 (ver Anexo 6).

5.2. Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD)

Esta escala, derivada de la Escala de depresión de Hamilton, fue publicada en 1965 por primera vez y fue desarrollada por el Dr. William Zung en la observación de historias clínicas de pacientes con desórdenes emocionales y que cursaban con depresión, y permite cuantificar los síntomas que se están experimentando dando relevancia tanto al componente somático como al conductual del trastorno depresivo, es decir, es aplicable a cualquier paciente que presente síntomas físicos que no impresionan encontrar una base orgánica (Zung, 1965); posteriormente se vio que también podía ser utilizada en atención de pacientes externos (Zung, Richards & Short, 1965). Los estudios estadísticos indican que esta prueba puede correlacionarse de forma segura con otras escalas que miden la depresión y toma un aproximado de cinco minutos para realizarla, economizando tiempo e incluso permite develar las “depresiones ocultas” que podría tener el paciente (Zung, 1965).

A partir de los resultados de algunos estudios, se evidencia que el uso de esta escala en población adolescente entre 12 y 18 años no sería el más indicado (Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes & Barros-Bermúdez, 2005).

La escala comprende una lista de veinte ítems. Cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión, lo que, en conjunto, esboza de manera comprensiva sus síntomas. Los párrafos están divididos en cuatro columnas encabezadas por 1) Muy pocas veces, 2) Algunas veces, 3) Muchas veces, 4) Casi siempre; la cuales son marcadas por el paciente según sus opciones más aplicables en el momento de la prueba. La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es entre 20 y 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Fue probablemente una de las primeras en validarse al idioma español y ha tenido una amplia difusión (Conde, Escribá & Izquierdo, 1970/2002). En el Perú, también ha sido validada (Novara, Sotillo y Wharton, 1985) y utilizada para detectar depresión en entornos clínicos, pudiendo ser útil además tanto para investigaciones epidemiológicas como para los entornos de atención clínica primaria y en entornos similares a los de los hospitales públicos en Lima (Ruiz-Grosso et al., 2012).

En la muestra de la presente investigación se encontró una fiabilidad para la escala global y de sus dimensiones de .806 (ver Anexo 7).

6. Proceso de recolección de datos.

Se solicitó el permiso correspondiente al centro de psicoterapia y, teniendo la autorización institucional, se solicitó a los pacientes colaboradores su participación voluntaria mediante el consentimiento informado en el momento, luego de su primera atención en el centro. Los datos fueron recolectados de manera individual,

una vez obtenido el consentimiento del participante y se administraron los instrumentos de estudio correspondientes a cada paciente.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó el *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 22.0 para *Windows*. Luego de la recolección de la información se ingresaron manualmente los datos al programa, para realizar la limpieza correspondiente, así como la recodificación.

En relación al análisis descriptivo, este tuvo resultados expresados en tablas de frecuencia y porcentaje tanto para el caso de las variables sociodemográficas como para las variables de estudio.

En relación al análisis inferencial, para determinar el coeficiente de correlación adecuado, en un primer momento se procedió a evaluar la distribución normal de las variables utilizando la prueba de *Kolmogorov Smirnov* para examinar la distribución de datos.

Siendo el caso de que no se obtuvo una distribución normal con los datos, se realizó un análisis no paramétrico utilizándose la prueba *rho* de *Spearman* para determinar la relación entre las variables.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivos

1.1.1. Nivel de dependencia emocional

Se aprecia en la tabla 4 que el 71.9% de los participantes presenta un nivel bajo de dependencia emocional. Respecto a sus dimensiones, se observa que el 66.7% presenta un nivel bajo de ansiedad de separación, observándose un nivel similar en las dimensiones Expresión afectiva (60.5%), Modificación de planes (56.1%) y Miedo a la soledad (54.4%). Sin embargo, el 57.9% de los participantes se ubica en un nivel moderado en relación a la expresión límite, lo cual va acompañado de acciones y manifestaciones impulsivas de autoagresión. Finalmente, se aprecia que el 84.2% de los participantes presenta un nivel bajo en búsqueda de atención.

Tabla 4

Nivel de dependencia emocional en adultos

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Dependencia emocional	82	71.9%	29	25.4%	3	2.6%
Ansiedad de separación	76	66.7%	31	27.2%	7	6.1%
Expresión afectiva	69	60.5%	37	32.5%	8	7.0%
Modificación de planes	64	56.1%	44	38.6%	6	5.3%
Miedo a la soledad	62	54.4%	44	38.6%	8	7.0%
Expresión límite	38	33.3%	66	57.9%	10	8.8%
Búsqueda de atención	96	84.2%	18	15.8%	0	0.0%

1.1.2. Nivel de dependencia emocional según datos sociodemográficos

1.1.2.1. Niveles de dependencia emocional según sexo

La tabla 5 permite apreciar que tanto hombres (62.2%) como mujeres (76.6%) presentan un nivel bajo de dependencia emocional. De manera similar, se encontró un nivel bajo en las dimensiones Ansiedad ante la separación de su pareja, Expresión afectiva constante y Búsqueda de la atención. Sin embargo, en la dimensión Modificación de planes personales con la finalidad de satisfacer a la pareja, el 56.8% de los hombres se ubica en un nivel moderado, mientras que el 64.9% de las mujeres se ubica en un nivel bajo. Además, se aprecia que solo el 8.1% de los varones y el 6.5% de las mujeres presentan un nivel alto de miedo a la soledad; mientras que tanto la expresión límite en hombres (64.9%) como en mujeres (54.5%) se ubicó en un nivel moderado.

Tabla 5

Nivel de dependencia emocional según sexo

	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Dependencia emocional				
Bajo	23	62.2%	59	76.6%
Moderado	12	32.4%	17	22.1%
Alto	2	5.4%	1	1.3%
Ansiedad de separación				
Bajo	20	54.1%	56	72.7%
Moderado	12	32.4%	19	24.7%
Alto	5	13.5%	2	2.6%
Expresión afectiva				
Bajo	22	59.5%	47	61.0%
Moderado	12	32.4%	25	32.5%
Alto	3	8.1%	5	6.5%
Modificación de planes				
Bajo	14	37.8%	50	64.9%
Moderado	21	56.8%	23	29.9%
Alto	2	5.4%	4	5.2%
Miedo a la soledad				
Bajo	16	43.2%	46	59.7%
Moderado	18	48.6%	26	33.8%

Alto	3	8.1%	5	6.5%
Expresión de límites				
Bajo	10	27.0%	28	36.4%
Moderado	24	64.9%	42	54.4%
Alto	3	8.1%	7	9.1%
Búsqueda de atención				
Bajo	26	70.3%	70	90.9%
Moderado	11	29.7%	7	9.1%
Alto	0	0.0%	0	0.0%

1.1.2.2. Nivel de dependencia emocional según edad

Se aprecia en la tabla 6 que la mayoría de los participantes presenta un nivel bajo de dependencia emocional en los tres grupos de rangos de edades. Asimismo, en las dimensiones Ansiedad ante la separación, Expresión afectiva, Modificación de planes, Miedo a la soledad y Búsqueda de atención también se observaron niveles bajos de dependencia emocional. Sin embargo, en la dimensión Expresión límite, la cual va acompañada de acciones y manifestaciones impulsivas de autoagresión, el 71.4% de los participantes de 18 a 25 años, el 56.9% del grupo de 26 a 40 años y el 50% del grupo de 41 a 55 años, se ubican en un nivel moderado.

Tabla 6

Niveles de dependencia emocional según edad

	18 a 25 años		26 a 40 años		41 a 55 años	
	n	%	n	%	n	%
Dependencia emocional						
Bajo	16	76.2%	45	69.2%	21	75.0%
Moderado	4	19.0%	19	29.2%	6	21.4%
Alto	1	4.8%	1	1.5%	1	3.6%
Ansiedad de separación						
Bajo	14	66.7%	41	63.1%	21	75.0%
Moderado	4	19.0%	21	32.3%	6	21.4%
Alto	3	14.3%	3	4.6%	1	3.6%
Expresión afectiva						
Bajo	12	57.1%	38	58.5%	19	67.9%
Moderado	9	42.9%	22	33.8%	6	21.4%
Alto	0	0.0%	5	7.7%	3	10.7%
Modificación de planes						
Bajo	14	66.7%	32	49.2%	18	64.3%
Moderado	6	28.6%	31	47.7%	7	25.0%

Alto	1	4.8%	2	3.1%	3	10.7%
Miedo a la soledad						
Bajo	12	57.1%	33	50.8%	17	60.7%
Moderado	7	33.3%	28	43.1%	9	32.1%
Alto	2	9.5%	4	6.2%	2	7.1%
Expresión de límites						
Bajo	3	14.3%	23	35.4%	12	42.9%
Moderado	15	71.4%	37	56.9%	14	50.0%
Alto	3	14.3%	5	7.7%	2	7.1%
Búsqueda de atención						
Bajo	17	81.0%	54	83.1%	25	89.3%
Moderado	4	19.0%	11	16.9%	3	10.7%
Alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

1.1.3. Niveles de depresión

En la tabla 7 se observa que el 21.9% de los participantes presenta una depresión situacional, la cual está relacionada con las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo o la incapacidad para el placer. Contrariamente a ello, solo el 7.9% no presenta síntomas de depresión.

Tabla 7

Nivel de depresión en adultos

	Depresión	
	n	%
No hay depresión	7	7.9%
Con desorden emocional	66	57.9%
Depresión situacional	25	21.9%
Depresión ambulatoria	14	12.3%

1.1.4. Nivel de depresión según datos sociodemográficos

1.1.4.1. Nivel de depresión según sexo

Se aprecia en la tabla 8 que el 21.6% de varones y el 22.1% de mujeres presentan una depresión situacional. Además, se observa que hay más mujeres que tienen una depresión ambulatoria (15.6%) que varones (5.4%).

Tabla 8

Nivel de depresión según sexo

	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
No hay depresión	3	8.1%	6	7.8%
Con desorden mental	24	64.9%	42	54.5%
Depresión situacional	8	21.6%	17	22.1%
Depresión ambulatoria	2	5.4%	12	15.6%

1.1.4.2. Nivel de depresión según edad

La tabla 9 permite apreciar que el 19% de los participantes de 18 a 25 años y el 12.3% de los que tienen 26 a 40 años presenta indicadores de una depresión ambulatoria, en cambio solo el 7.1% de los que tienen de 41 a 55 años presenta síntomas de una depresión ambulatoria. Además, se aprecia que un porcentaje importante de participantes de los tres grupos de edad presenta indicadores de una depresión con desorden emocional.

Tabla 9

Nivel de depresión según edad

	18 a 25 años		26 a 40 años		41 a 55 años	
	n	%	n	%	n	%
No hay depresión	1	4.8%	6	9.2%	2	7.1%
Con desorden emocional	10	47.6%	39	60.0%	17	60.7%
Depresión situacional	6	28.6%	12	18.5%	7	25.0%
Depresión ambulatoria	4	19.0%	8	12.3%	2	7.1%

1.2. Prueba de normalidad de las variables de estudio

Con el propósito de realizar los análisis de correlación y contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Como se observa, la variable Dependencia emocional, la dimensión

Expresión afectiva y Depresión global provienen de una población con una distribución normal ($P < 0.05$), sin embargo, las dimensiones Ansiedad de separación, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite y Búsqueda de atención no provienen de una población con distribución normal ($P > 0.05$); dado que el coeficiente obtenido es significativo ($P < 0.05$), Por tanto, como no todas las variables presentan distribución normal, se empleará estadística no paramétrica a la contrastación de las hipótesis.

Tabla 10

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal

Variables	Dimensiones	Media	D.E.	K-S	P
Dependencia emocional	Dependencia emocional	66.3	23.2	.077	.095
	Ansiedad de separación	21.3	8.67	.098	.009
	Expresión afectiva	13.5	4.88	.076	.109
	Modificación de planes	11.2	4.90	.106	.003
	Miedo a la soledad	8.6	4.26	.104	.004
	Expresión límite	5.3	2.80	.219	.000
Depresión	Búsqueda de atención	6.2	3.05	.110	.002
	Depresión global	44.7	9.07	.075	.153

1.3. Análisis inferencial

Se aprecia en la tabla 11 que existe una relación altamente significativa y positiva entre el nivel de dependencia emocional y el nivel de depresión ($\rho = .262$; $p < .01$), es decir, los participantes que tienen un mayor nivel de dependencia emocional a su vez presentan mayores indicadores de depresión. Respecto a las dimensiones de dependencia emocional, se aprecia que la ansiedad por separación tiene una relación altamente significativa con la depresión ($\rho = .315$; $p < .05$), esto es, los participantes que tienen un mayor nivel de ansiedad de separación, a su vez, presentan mayor presencia de indicadores depresivos. De manera similar, un mayor indicador de síntomas depresivos se relaciona significativamente con miedo a la soledad ($\rho = .311$; $p < .01$) y expresión límite ($\rho = .352$; $p < .01$). Sin embargo, no se

relaciona significativamente con expresión afectiva ($\rho=.161$; $p>.05$), modificación de planes ($\rho=.018$; $p>.05$) y búsqueda de atención ($\rho=.108$; $p>.05$).

Tabla 11

Correlación entre dependencia emocional y depresión

	Depresión	
	ρ	p
Dependencia emocional	.262	.005
Ansiedad de separación	.315	.001
Expresión afectiva	.161	.087
Modificación de planes	.018	.847
Miedo a la soledad	.311	.001
Expresión límite	.352	.000
Búsqueda de atención	.108	.251

2. Discusión

Se aprecia que las personas evaluadas han obtenido un mayor porcentaje correspondiente a la categoría baja de dependencia emocional; lo que, en función a las respuestas que han dado las personas en el cuestionario, sugeriría que puede haber personas que tengan indicadores de dependencia emocional, pero no sean tan marcados o severos. Una relativa concordancia también se ha hallado en otras investigaciones (Pradera, 2018), pues, al aplicarse una escala de dependencia emocional, se muestra que la mayoría de los evaluados se ubicaron en las categorías estable o muy estable. Asimismo, no se encontró diferencias entre el resultado global arrojado para hombres y mujeres, puntuando ambos sexos en un nivel bajo de dependencia emocional; lo que coincide también con los resultados encontrados según los grupos de edad considerados.

Cabe señalar que, dentro de las dimensiones de la dependencia emocional observadas en la muestra general, la expresión límite se vio en el nivel moderado para más del cincuenta por ciento de los evaluados, coincidiendo también el mismo

nivel tanto para hombres como para mujeres, así como para los grupos de 18 a 25 años, de 26 a 40 años y los de 41 a 55 años.

De estos hallazgos relacionados con la expresión límite, se comprendería cómo las conductas y expresiones impulsivas de autoagresión que guardan relación con las características del trastorno límite de personalidad, podrían correlacionarse significativamente con el estilo de mensajes centrados en uno mismo más que en el problema y que no consideraría los intereses de la pareja (Laca y Mejía, 2017), esto también explicaría lo que algunos estudios han encontrado sobre una correlación positiva moderada entre la dependencia emocional y la estrategia reacción agresiva (Niño y Abaunza, 2015).

Sobre la depresión, el estudio presente advierte que la mayoría de los evaluados presentan una depresión con desorden emocional seguidos de una depresión con desorden situacional, no habiendo tanta diferencia entre hombres y mujeres excepto en la depresión ambulatoria donde las mujeres tuvieron un mayor nivel. Esto concuerda con varios estudios entre los cuales Vásquez (2013) menciona que las tasas de prevalencia para depresión son mayores en mujeres posiblemente por algunos factores biológicos, principalmente genéticos y hormonales, además de que ellas suelen estar más expuestas a estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto de estos.

En cuanto a la hipótesis y al objetivo general, al analizar la correlación de las variables en estudio, los resultados demostraron que la dependencia emocional se encuentra correlacionada de forma significativa con la depresión ($\rho=.262$; $p<.01$), vale decir, en las personas en quienes se encontraron puntuaciones altas de dependencia emocional, a su vez, mostraron puntuaciones altas en depresión; lo que implicaría que cuando una persona en una relación de pareja desarrolla un

apego emocional hacia ella, esa necesidad extrema de afecto que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja (Castelló, 2005), podría en algún momento coincidir con una mayor tendencia a padecer diversos síntomas entre ellos los de tipo depresivo. Estos resultados son concordantes también con los de Zavaleta (2015), quien evidenció una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la sobredependencia afectiva y depresión; así también, con lo encontrado por Castillo (2017), quien halló en su investigación una relación positiva de moderada a fuerte entre dependencia emocional y depresión y lo encontrado por Pradera (2018), quien observó en su análisis con adultos que tenían o habían tenido pareja, que los factores de dependencia que obtuvieron mayor fuerza con la depresión eran el miedo a la soledad, la percepción de la propia autoestima y el apego a la seguridad o protección.

Asimismo, Arias y Segura (2017) en su investigación con jóvenes de Magdalena Medio encontraron correlaciones positivas y débiles entre algunos factores de ambas variables como estado de ánimo negativo y miedo a la soledad; anhedonia y miedo a la soledad; y estado de ánimo negativo y expresión límite; correspondientes a la depresión y a la dependencia emocional respectivamente. Estos últimos coinciden también con los hallazgos de Cano (2005) ante situaciones de pérdidas y conflictos maritales y con la investigación realizada por Sanathara, Gardner, Prescott & Kendler (2003) quienes encontraron una asociación fuerte entre interdependencia emocional y depresión mayor.

En cuanto a las hipótesis y objetivos específicos que se plantearon en este estudio relacionadas a las dimensiones; se encontró que la dimensión ansiedad de separación tuvo una relación altamente significativa con la depresión ($\rho=.315$;

$p < .05$). Este hallazgo coincide con los datos de la encuesta de salud mental de la OMS en la que se encontraron asociaciones significativas entre los síntomas del trastorno de ansiedad por separación en adultos y otros trastornos como la depresión mayor (Carmassi, C., Gessi, C., Massimetti, E., Shear, M., & Dell’Osso, 2015a). También, en otro estudio de Carmassi et al. (2015b), se constató que, al aplicarse el cuestionario de síntomas de ansiedad por separación en adultos, los pacientes con depresión mayor informaron puntajes significativamente altos para dicho cuestionario.

Así también, en su investigación, Boelen (2013) encontró que las correlaciones entre depresión y las puntuaciones del factor de ansiedad de separación en adultos fueron moderadas a mayores; concluyendo que los grupos de síntomas representan constructos distinguibles pero relacionados; dicha relación puede incluso evidenciarse en condiciones especiales (Eapen, Johnston, Apler, Rees, & Silove, 2012). También, en su revisión, Bögels, Knappe & Clark (2013) señalaron que el trastorno de ansiedad por separación de adultos es una entidad de diagnóstico identificable y siendo frecuente, es tanto o más debilitante que la mayoría de los trastornos de ansiedad; además parece preceder a los trastornos de ansiedad y depresión y tiene patrones de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión que son similares a los encontrados en otros trastornos de ansiedad.

En cuanto al objetivo específico que busca encontrar una relación entre depresión y miedo a la soledad en el presente informe se encontró una relación significativa ($\rho = .311$; $p < .01$) lo que armoniza con lo hallado por Pradera (2018), quien, en su estudio de correlación, evidenció que uno de los factores que obtuvieron más fuerza con la depresión fue el miedo a la soledad ($\rho = 0.233$; $p = 0.00$), además de la percepción de la autoestima y el apego a la seguridad o protección, aunque no fue

así con la dimensión de ansiedad de separación. Avci & Kumcagiz (2011) afirman que la soledad se asocia principalmente con el miedo y la ansiedad de estar solo en un determinado entorno en el presente o en el futuro. El miedo a la soledad en los alrededores surge cuando el individuo se separa del entorno físico y social familiar o reconocido; mientras que Williams (1978) ya aseveraba que el miedo a la soledad es un factor motivador y mecanismo de defensa ante la incapacidad para estar solo, dependencia extrema o independencia extrema, enfermedades psicosomáticas.

Sobre el objetivo específico planteado de la relación entre expresión límite y depresión, se aprecia una relación altamente significativa ($\rho=.352$; $p=0.00$) lo que también concuerda con estudios previos en los que, desde hace décadas, se confirmaba la relación de agresión e ira con la depresión (Kendell, 1970), informándose también sobre una correlación positiva entre la hostilidad o agresión dirigida hacia uno mismo y el grado de depresión (Painuly, Sharan & Mattoo, 2005).

En esta dimensión específica que expresa la inestabilidad emocional propia de la dependencia emocional (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013) en la que la persona hará expresiones impulsivas de autoagresión relacionadas con las características de una persona con trastorno límite de personalidad también se suman los resultados de Ovalle-Peña, Alejo-Riveros, Tarquino-Bulla & Prado-Guzmán (2017) quienes estudiaron la relación entre depresión y rasgos de personalidad y que permitió identificar correlaciones negativas altas ($r=-0.729$) entre la subdimensión de la personalidad “control de emociones” y la depresión como estado y rasgo, lo que sugiere que las personas que presentan depresión en su forma de estado o rasgo presentan además un bajo control emocional. También Pradera (2018) aportó con el estudio ya mencionado en el que la expresión límite se observó dentro de las áreas

de dependencia emocional asociándose positivamente a niveles muy significativos con la depresión.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación, que busca confirmar la correlación existente entre la dependencia emocional y la depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia en Lima, reportaron las conclusiones que se señalan a continuación:

- En relación al objetivo general, se encontró correlación directa altamente significativa entre dependencia emocional y depresión ($\rho=.262$; $p<.01$). Por tanto, se acepta la hipótesis general de la investigación.
- En relación al primer objetivo específico, se encontró correlación directa altamente significativa entre ansiedad de separación y depresión ($\rho=.315$; $p<.01$). Por tanto, se acepta la primera hipótesis específica.
- En relación al segundo objetivo específico, no se encontró una correlación significativa entre expresión afectiva y depresión ($\rho=.161$; $p>.05$). Por tanto, no se acepta la segunda hipótesis específica.

- En relación al tercer objetivo específico, no se encontró una correlación significativa entre modificación de planes y depresión ($\rho=.018$; $p>.05$). Por tanto, no se acepta la segunda hipótesis específica.
- En relación al cuarto objetivo específico, se encontró una correlación altamente significativa entre miedo a la soledad y depresión ($\rho=.311$; $p<.01$). Por tanto, se acepta la cuarta hipótesis específica.
- En relación al quinto objetivo específico, se encontró una relación directa altamente significativa entre expresión límite y depresión ($\rho=.352$; $p<.01$). Por tanto, se acepta la quinta hipótesis específica.
- En relación al sexto objetivo específico, no se encontró una relación significativa entre búsqueda de atención y depresión ($\rho=.108$; $p>.05$).

2. Recomendaciones

Al finalizar la presente investigación se procede a presentar las recomendaciones siguientes:

- Realizar estudios en los que pueda evaluarse la dependencia emocional en relación con otras variables además de la depresión, como puede ser la ansiedad, la autoestima, la insatisfacción en la pareja.
- Teniendo una relación altamente significativa de la dependencia emocional con la expresión límite, se sugiere hacer estudios que puedan evaluar la presencia del trastorno de personalidad límite en personas con dependencia emocional.
- En siguientes trabajos, realizar un comparativo entre las parejas que conviven y las que no conviven y observar la intensidad de la dependencia emocional según el modo de llevar la relación en las parejas.

- Construir un instrumento que mida el grado de dependencia emocional en personas mayores de 55 años, ya que la mayoría de los cuestionarios de dependencia emocional se encuentran diseñados para la evaluación desde etapas de la adolescencia hacia la adultez, pero no considera a los adultos mayores que también cursan con relación de pareja de corta y larga data.
- Replicar esta investigación utilizando instrumentos que midan la dependencia emocional en otros contextos y pudiendo hacer una diferencia entre las regiones del Perú para poder ampliar los resultados conseguidos.
- Para minimizar el margen de error en el llenado de los instrumentos, se sugiere que el llenado de los mismos se realice con la supervisión y asesoramiento del profesional, lo que permitirá observar la correspondencia entre lo que el participante vive en el momento de su consulta con la información que ingresa en las pruebas.
- Realizar una nueva validez de contenido en cada instrumento para minimizar los errores de interpretación especificando el género en cada reactivo cuando sea necesario, en función de la población de estudio y que permita medir lo propuesto.
- Evaluar a ambos miembros para determinar en quien se encuentra depresión o dependencia emocional, de tal manera que se observe el estado en que la otra pareja pudiera encontrarse o el impacto emocional que esta pudiera estar teniendo.
- Realizar programas de intervención para parejas que cursan con depresión o dependencia emocional en alguno de sus miembros y así disminuir el riesgo de progreso del problema con el consecuente efecto en la relación.

Referencias

- Aguirre, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563–601. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412-437. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a07v33n2.pdf>
- Albert, P. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219-221. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478054/>
- Álvarez, R. A. (2017). *Relación entre dependencia emocional, autoestima y apoyo social con los trastornos de adaptación en personas separadas* (tesis de maestría). Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/4742/1/Relacion_Dependencia_Emocional_Alvarez_2017.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Recuperado de <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arias, M, & Segura, K. (2017). *Dependencia emocional y síntomas depresivos en un grupo de jóvenes de 16 y 17 años del Magdalena Medio* (Tesis de título profesional). Universidad de Antioquía, Medellín. Colombia.
- Avci, I. A., & Kumcagiz, H. (2011). Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pacific Journal of Cancer*

- Prevention*, 12(2), 453-459. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545212>
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1989-11913-001>
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.021>
- Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 663–674. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23673209>
- Brito, V., & Gonzales, E. (2016). *Estandarización del Cuestionario de Dependencia Emocional en la Ciudad de Cajamarca* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/276>
- Caballo, V., Carrobes, J. & Salazar, I. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid. Pirámide.
- Calla, A., & Uyuquipa, J. (2015). *Habilidades sociales y dependencia emocional en los estudiantes del quinto año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf de la ciudad de Juliaca, 2014* (Tesis de título profesional). Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/402>

- Camaiora, G. (2018). *Dependencia emocional y autoestima general y contingente a las relaciones de pareja en mujeres adultas en una relación de pareja de Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.ulima.edu.pe/handle/ulima/8011>
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., & Barros-Bermúdez, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 54-62. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04.pdf>
- Cano, A. (8 de diciembre 2005). *Depresión y matrimonio*. Recuperado de <http://eticaarguments.blogspot.com/2005/12/depresion-y-matrimonio.html>
- Cao, H., Zhou, N., Fang, X., & Fine, M. (2017). Marital well-being and depression in Chinese marriage: Going beyond satisfaction and ruling out critical confounders. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 775-784. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28277710>
- Carmassi, C., Gesi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Cremone, I. M., Conversano, C., Perugi, G., Shear, M. K. & Dell'Osso, L. (2015b). Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 58(1), 45–49. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25595519>
- Carmassi, C., Gessi, C., Massimetti, E., Shear, M., & Dell'Osso, L. (2015a). Separation anxiety disorder in the DSM-5 era. *Journal of Psychopathology*, 21(1), 365-371. Recuperado de https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/12/09_Art_ORIGINALE_Carmassi1.pdf
- Castelló, J. (2000). *Análisis del concepto "dependencia emocional"*. Recuperado de http://robertexto.globat.com/archivo8/depend_emocio.htm

- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castelló, J. (2009). *La dependencia emocional como un trastorno de la personalidad*. Recuperado de <http://www.dependenciaemocional.org/LA%20DEPENDENCIA%20EMOCIONAL%20COMO%20UN%20TRASTORNO%20DE%20LA%20PERSONALIDAD.pdf>
- Castelló, J. (2012). La Superación de la Dependencia Emocional. *In La superación de la Dependencia Emocional*. Málaga: Corona Borealis.
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Científica Paian*, 8(2), 36-62. Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735>
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Bibliopsiquis*, 9(4). Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-concepto-de-depresion-historia-definicion-es-nosologia-clasificacion/>
- Conde V., Escribá J., Izquierdo T. (2002). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 24(1), 868-880. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3658983>
- Congost, S. (2015). *Cuando amar demasiado es depender* (1st ed.). Barcelona: Editorial Planeta, S. A.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(2), 186-193. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.85.2.186>

- Coyne, J. C. (1976b). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1976.11023874>
- Coyne, J. C. (1984). Strategic therapy with depressed married persons: initial agenda, themes and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(1), 53–62. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.1984.tb00565.x>
- Delgado, A. (2017). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Dependencia Emocional en universitarios del distrito de Chimbote* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/17605>
- Diz R., R.F, Garza C., A., Olivas V., E.K., Montes E., J.G. & Fernández L., G.S. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573/4468>
- Eapen, V., Johnston, D., Apler, A., Rees, S., & Silove, D. M. (2012). Adult separation anxiety during pregnancy and its relationship to depression and anxiety. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(2), 159-163. <https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0111>
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: Más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5(3), 251-258. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/07e1cd7dca89a1678042477183b7ac3f>
- Ezell, C. (1999). *Power, Patriarchy, and Abusive Marriages – Part 1 (Nov-Dec 1999)*. Recuperado de <http://archives.wineskins.org/article/power-patriarchy-and-abusive-marriages-part-1-nov-dec-1999/>

- Fairlie, A., & Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 41-74. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4828/3895>
- Fonseca, M (2016). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Dependencia Emocional en estudiantes de formación ocupacional del distrito de El Porvenir* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/283>
- Galecki, P. & Talarowska, M. (2017). The Evolutionary Theory of Depression. *Medical Science Monitor*, 23(1), 2267-2274. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439380/pdf/medscimonit-23-2267.pdf>
- Galli, E. (1994). La depresión: Una enfermedad médica. *Revista Médica Herediana*, 5(2), 1-8. Recuperado de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/453>
- Gangamma, R., Bartle-Haring, S., Holowacz, E., Hartwell, E. E., & Glebova, T. (2015). Relational Ethics, Depressive Symptoms, and Relationship Satisfaction in Couples in Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(3), 354–366. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24798508>
- Garcia, W. (2010). *Depressão: corpo, mente e alma* (3rd ed.). Mato Grosso: Uberlândia.
- Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M., Vitriol, V., & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Psicológica*, 33(3), 285-295. Recuperado

- de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082015000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Golden, R. & Janowsky, D. (1990). *Biological Theories of Depression*. Maryland: International Psychotherapy Institute E-Books.
- Goleman, D. (1992). *A Rising Cost of Modernity: Depression*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/1992/12/08/science/a-rising-cost-of-modernity-depression.html>
- Gottman, J., & Levenson, R. (1999). Rebound from Marital Conflict and Divorce Prediction. *Family Process*, 38(3), 287-292. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1999.00287.x>
- Grob, G. N. (2012). From Melancholia to Prozac: A History of Depression. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 68(2), 305–307. Recuperado de <https://academic.oup.com/jhmas/article/68/2/305/752709>
- Harvard Health Publishing. (24 de junio 2019). What causes depression? Recuperado de <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>
- Hernández, R., Baptista, P., & Fernández, C. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). México D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2016). *History of Depression*. <https://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M. & Sánchez, J. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 145-162. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12895>

Institute for Health Metrics and Evaluation, Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 (2018). *Reporte de IHME sobre Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Recuperado de http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). Perú. Recuperado de <http://www.healthdata.org/peru>

Instituto Nacional de Salud Mental (INSA) (2006). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. *Revista Anales de Salud Mental*, 22(1-2), 1-230. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/46/27>

Instituto Nacional de Salud Mental (INSA) (2009). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. *Revista Anales de Salud Mental*, 25(1-2), 1-323. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/33>

Instituto Nacional de Salud Mental (INSA) (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. *Revista Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-397. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. *Revista Anales de Salud Mental*, 28(2), 1-345. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/36>

- Izquierdo, S., & Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Revista Psychologia: Avances De La Disciplina*, 7(1), 81-91. <https://doi.org/10.21500/19002386.1196>
- Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Kendell, R. E. (1970). Relationship Between Aggression and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 308-318. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/490220>
- Kraus, H., & Kraus, B. (1990). *Existential Approaches to Depression*. Maryland: International Psychotherapy Institute E-Books.
- Laca, A. & Mejía, C. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161006.pdf>
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C., & Rossler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 96–99. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0447.108.s418.19.x>
- Lecca, M. (2016). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Dependencia Emocional en estudiantes de institutos superiores tecnológicos privados de la ciudad de Trujillo* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/465>
- Lemos, M., & Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79890212.pdf>

- Lemos, M., Jaller, C., González, A., Díaz, T., & Dela Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 395–404. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64723241004.pdf>
- León, M., Olhaberry, M., Hernández, C., & Sieverson, C. (2018). Satisfacción de Pareja y Depresión: ¿Es la Función Reflexiva una Variable Interviniente? *Psykhé*, 27(2), 1-14. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/1139>
- Linares, J., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Manju. (2016). Marital adjustment and depression. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 44-51. Recuperado de https://ijip.in/wp-content/uploads/2019/09/article_baee28b932ff8a48de0790611eada292.pdf
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- May, M., Crenshaw, O., Leifker, F., Bryan, J., & Baucom, W. (2019). Knowledge of suicide history, current depressive symptoms, and future suicide risk within couples. *Behaviour Research and Therapy*, 120(1). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579671930066X>
- Mayor, I. (2000). *¿Por qué siempre nos enamoramos de quién no debemos?* Buenos Aires: Librería Argentina.
- McLeod, S. A. (2015). Psychological theories of depression. *SimplyPsychology*. Recuperado de <https://www.simplypsychology.org/depression.html>

- Mendelson, M. (1990). *Psychoanalytic Views of Depression*. Maryland: International Psychotherapy Institute E-Books.
- Meza, M. (2012). *Adaptación psicométrica del cuestionario de dependencia emocional en jóvenes universitarios* (Tesis de título profesional). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/169248311/Adaptacion-Psicometrica-Del-CDE#>
- Ministerio de Salud, Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. (2018). Reporte de MINSA Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Moral, M. V., & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150–167. Recuperado de https://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_2.pdf
- Moral, M., & 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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200004
- Niño, D. & Abaunza, N. (2015). Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Psiconex Psicología*, 7(10), 1–27. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/23127/19039>
- Norwood, R. (1997). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: J. Vergara Editor.

- Novak, R., Sandberg, G., & Davis, Y. (2017). The Role of Attachment Behaviors in the Link between Relationship Satisfaction and Depression in Clinical Couples: Implications for Clinical Practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 352–363. <https://doi.org/10.1111/jmft.12201>
- Novara, J., Sotillo, C., y Wharton, D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud, Depresión. (2019). *Reporte de la OMS sobre la Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud, Depression and other common mental disorders: global health estimates. (2017). *Reporte de OMS Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Organización Panamericana de la Salud, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales (2017). *Reporte de la OPS, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006>
- Ovalle-Peña, O., Alejo-Riveros, A., Tarquino-Bulla, L., & Prado-Guzmán, K. (2017). Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 211-217. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112017000200211&script=sci_abstract&tlng=en

- Overholser, J. C. (1997). Treatment of excessive interpersonal dependency: A cognitive-behavioral model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27(4), 283–301. <https://doi.org/10.1023/A:1025614524578>
- Painuly, N., Sharan, P., & Mattoo, S. K. (2005). Relationship of anger and anger attacks with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4), 215–222. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-004-0539-5>
- Pradera, E. (2018). *Depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/623>
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 573-584. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0015878>
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current Opinion in Psychology*, 13(1), 96–106. Recuperado de <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/stress-and-its-associations-with-relationship-satisfaction>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789477801500>
- Rehm, L. P. (1990). *Cognitive and Behavioral Theories of Depression*. Maryland: International Psychotherapy Institute.

- Rifai, S. (2018). *Relaciones Románticas y Dependencia Emocional en Estudiantes de dos Universidades Privadas de Lima Metropolitana* (Tesis de título profesional). Recuperado de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/624841>
- Riso, W. (2003). *Ama y no sufras*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Riso, W. (2012). *¿Amar o depender?* New York: Vintage Español.
- Riso, W. (2013). *Guía práctica para vencer la dependencia emocional*. Recuperado de http://www.instituto-integra.com/wp-content/uploads/2017/05/guia_practica_para_vencer_la_dependencia.pdf
- Rodríguez de Medina, I. (2013). La dependencia emocional en las relaciones interpersonales. *ReiDoCrea Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*. 2(1), 1-6. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27754/1/ReiDoCrea-Vol.2-Art.19-Rodriguez.pdf>
- Rodríguez-González, M., & Martínez, M. (2015). *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica* (1st ed.). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.
- Rogers, A., Pescosolido, B., & Pilgrim, D. (2011). *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London: SAGE publications Ltd.
- Rosenstein, D., & Horowitz, H. (marzo, 1993). Working Models of Attachment in Psychiatrically Hospitalized Adolescents: Relation to Psychopathology and Personality. Trabajo presentado en Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA. Resumen recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=ED358397>

- Ruiz-Grosso, P., Loret de Mola, C., Vega-Dienstmaier, J.M., Arevalo, J.M., Chavez, K., Vilela, A., Lazo, M. & Huapaya, J. (2012) Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: A Comparative Validation Study. *PLOS ONE*, 7(10), 1-9. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0045413>
- Sanathara, V., Gardner, C., Prescott, C., & Kendler, K. (2003). Interpersonal dependence and major depression: aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine*, 33(5), 927-931. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007542>
- Sánchez, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto: influencia en las relaciones amorosas y sexuales* (tesis de maestría). Recuperado de <https://gredos.usal.es/handle/10366/99355>
- Sangrador, J. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5(1), 181-196. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1137>
- Schaeffer, B. (2009). *Is it love or is it addiction?* (3rd ed.). Center City, Minn.: Hazelden.
- Secades, R. & Fernández, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365–380. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>
- Sevilla, L. (2018). *Dependencia emocional y violencia en las relaciones de noviazgo en universitarios del distrito de Trujillo* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/11371>

- Shadrina, M., Bondarenko, A., & Slominsky, A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*, 9(334), 1-18. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00334/full>
- Sirvent, C. (2000). *Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia*. Recuperado de <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2000/10/Las-dependencias-relacionales.pdf>
- Sirvent, C. (2004). Adicción al amor y otras dependencias sentimentales. *En Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones*. Libro de actas (p. 159-161). Chiclana, España: Servicio Provincial de Drogodependencias.
- Sirvent, C. (2013). *¿Existe la adicción al amor?* En XX Symposium sobre “Avances en drogodependencias”. Recuperado de http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2016/04/Existe_-la-adiccion-al-amor.pdf
- Sirvent, C., & Moral, M. (2007). *La dependencia sentimental o afectiva*. En 8o Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275021582_Sentimental_or_emotional_dependence_La_dependencia_sentimental_o_afectiva
- Sirvent, C., & Moral, M. (2018). Construcción y validación del inventario de relaciones interpersonales y dependencias sentimentales (IRIDS-100). *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 35–47. Recuperado de <https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/342>
- Sirvent, C., Moral, M., Blanco, P., & Palacios, C. (1995). *Estudio sobre interdependencia afectiva en la población general*. Recuperado de <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2015/01/estudio-interdependencia-afectiva.pdf>

- Sophia, E., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Pathological love: is it a new psychiatric disorder? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(1), 55-62. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000003>
- Uebelacker, A., & Whisman, A. (2006). Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 40-46. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.40>
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 6-11. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-avance-resumen-dependencia-emocional-jovenes-relacion-con-S1134793716300537>
- Valor-Segura, I., Expósito, F., & Moya, M. (2010). Emociones Poderosas y no Poderosas ante Conflictos de Pareja: Diferencias de Género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 129–134. Recuperado de <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a4>
- Vargas, J., García, G., Palomino, L., & Ibáñez, E. (2016). Diferenciación y desconexión emocional: una revisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1505-1522. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/57962>
- Vargas, J., Ibáñez, E., & Hernández, M. (2014). Selección de pareja y diferenciación: un estudio cualitativo. *Alternativas en Psicología*, (29), 126-149. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a09.pdf>
- Vargas, J., Ibáñez, E., & Mares, K. (2016). La dinámica de la familia y la diferenciación. *Alternativas en Psicología*, 22(33), 133-159. Recuperado de

- <https://www.alternativas.me/numeros/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/106-la-dinamica-de-la-familia-y-la-diferenciacion>
- Vásquez, A. (2013). Depresión. Diferencia de género. *Multimed*, 17(3). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- White, E. (1989a). *Mente, carácter y personalidad Tomo 1*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1989b). *Mente, carácter y personalidad Tomo 2*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (1990). *Cartas a jóvenes enamorados* (3rd ed.) Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2008). *El deseado de todas las gentes*. Nampa, Idaho: Pacific Press Pub. Association.
- Whitton, S. W., & Kuryluk, A. D. (2012). Relationship satisfaction and depressive symptoms in emerging adults: Cross-sectional associations and moderating effects of relationship characteristics. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 226-235. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329388>
- Williams, L. M. (1978). A Concept of Loneliness in the Elderly*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26(4), 183–187. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1978.tb05048.x>
- Wolman, B., & Stricker, G. (1990). *Depressive Disorders*. Maryland: International Psychotherapy Institute.
- Zarragoitía, A. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf

Zavaleta, P. (2015). *Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo* (Tesis de título profesional). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2828>

Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488696>

Zung, W., Richards, C. & Short, M. (1965). Self-Rating Depression Scale in an Outpatient Clinic. *Archives of General Psychiatry*, 13(6), 508-515. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488904>

Anexo 1

Matriz de consistencia metodológicos

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología
General: ¿Qué relación existe entre dependencia emocional y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	General: Determinar si existe relación significativa entre la dependencia emocional y la depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018	General: Existe relación entre dependencia emocional y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	
Específico	Específico	Específico	
1. ¿Qué relación existe entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	1. Describir la dependencia emocional en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	1. Existe relación entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	
2. ¿Qué relación existe entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	2. Describir la depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	2. Existe relación entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	- Enfoque cuantitativo
3. ¿Qué relación existe entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	3. Determinar si existe relación significativa entre ansiedad de separación y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	3. Existe relación entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	- Correlacional
4. ¿Qué relación existe entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	4. Determinar si existe relación significativa entre expresión afectiva y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	4. Existe relación entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	- Diseño no experimental
5. ¿Qué relación existe entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	5. Determinar si existe relación significativa entre modificación de planes y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	5. Existe relación entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, Perú, 2018.	- Transversal
6. ¿Qué relación existe entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018?	6. Determinar si existe relación significativa entre miedo a la soledad y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.	6. Existe relación entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia de la ciudad de Lima, 2018.	
	7. Determinar si existe relación		

significativa entre expresión límite y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018.

8. Determinar si existe relación significativa entre búsqueda de atención y depresión en adultos que acuden a un centro de psicoterapia en Lima, 2018

Anexo 2

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

Investigador: Bach. Angie Silvana Sánchez Guevara

El presente es un estudio sobre dependencia emocional y depresión en parejas. Si usted acepta participar en este estudio, le pedimos llenar un listado de preguntas, así como una escala de depresión y un cuestionario de dependencia emocional.

Tendrá un promedio de 30 minutos para su aplicación y puede realizar las preguntas que desee considerando que toda la información recogida será confidencial y solo para efectos de la investigación.

Si acepta participar voluntariamente en este estudio, coloque su firma:

Firma

Anexo 3

Información sociodemográfica

Marque con una X en los paréntesis y/o escriba en los espacios en blanco lo que corresponda a su respuesta:

1. Sexo: Femenino () Masculino ()

2. Edad: _____ años

3. Grado de instrucción:

Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completo ()

4. Estado Civil:

Soltero sin relación () Soltero en una relación () Casado () Conviviente ()
)

5. Tiempo de mi relación: _____ años _____ meses

Anexo 4

Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) Lemos M. & Londoño, N. H. (2006)

Instrucciones: Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1	Completamente falso de mí	4	Moderadamente verdadero de mí
2	La mayor parte falso de mí	5	La mayor parte verdadero de mí
3	Ligeramente más verdadero que falso	6	Me describe perfectamente

1. Me siento desamparado cuando estoy solo	1 2 3 4 5 6
2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja	1 2 3 4 5 6
3. Para atraer a mi pareja, busco deslumbrarla o divertirla	1 2 3 4 5 6
4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja	1 2 3 4 5 6
5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja	1 2 3 4 5 6
6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo	1 2 3 4 5 6
7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado	1 2 3 4 5 6
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1 2 3 4 5 6
9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje	1 2 3 4 5 6
10. Soy alguien que necesita de los demás siempre	1 2 3 4 5 6
11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo	1 2 3 4 5 6
12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás.	1 2 3 4 5 6
13. Tengo un sentimiento de vacío cuando discuto con mi pareja.	1 2 3 4 5 6
14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto	1 2 3 4 5 6
15. Siento temor a que mi pareja me abandone.	1 2 3 4 5 6
16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella.	1 2 3 4 5 6
17. Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo.	1 2 3 4 5 6
18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo.	1 2 3 4 5 6
19. No tolero la soledad.	1 2 3 4 5 6
20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro.	1 2 3 4 5 6
21. Si tengo planes y mi pareja aparece, los cambio solo por estar con ella.	1 2 3 4 5 6
22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja.	1 2 3 4 5 6
23. Me divierto sólo cuando estoy con mi pareja.	1 2 3 4 5 6

Anexo 5

Escala de Automedición de Depresión de Zung (EAMD)

Nombre:

Fecha:Edad:.....Sexo:.....

Marque con un X de acuerdo a su situación actual:

Ítems	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído				
2. Por las mañanas me siento mejor.				
3. Tengo ganas de llorar y/o a veces lloro.				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Aún tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñado				
9. El corazón me late más rápido que antes.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como antes.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				
15. Estoy más irritable que antes.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20. Me gustan las mismas cosas que antes.				

FIN DE LA PRUEBA

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS FRASES.

MUCHAS GRACIAS.

Anexo 6

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Dependencia Emocional

Fiabilidad del Cuestionario de Dependencia Emocional

La fiabilidad global del cuestionario y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (23 ítems) es de .94 que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad.

Tabla 1

Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de dependencia emocional

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Dependencia emocional	23	.940
Ansiedad de separación	7	.873
Expresión afectiva	4	.840
Modificación de planes	4	.817
Miedo a la soledad	3	.866
Expresión límite	3	.596
Búsqueda de atención	2	.821

Validez de constructo del Cuestionario de Dependencia Emocional

Como se observa en la tabla 2 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son significativos y altos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo.

Tabla 2

Correlaciones subtest – test de la escala

Ítems	Dependencia emocional	
	r	p
Ansiedad de separación	.935	.000
Expresión afectiva	.842	.000
Modificación de planes	.807	.000
Miedo a la soledad	.734	.000
Expresión límite	.703	.000
Búsqueda de atención	.686	.000

Anexo 7

Propiedades psicométricas de la Escala de Automedición de Depresión de Zung

Fiabilidad de la escala de depresión

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 3 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (20 ítems) en la muestra estudiada es de .806 lo cual es indicador de una adecuada fiabilidad.

Tabla 3

Estimaciones de consistencia interna de la escala de depresión

	Nº de ítems	Alpha
Depresión	20	.806

Validez de constructo de la escala de depresión

Como se observa en la tabla 4, los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) entre cada uno de los ítems y el constructo en su globalidad son significativos y altos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo.

Tabla 4

Correlaciones subtest – test de la escala

Ítems	Depresión	
	r	p
Ítem 1	.604	.000
Ítem 2	.432	.000
Ítem 3	.570	.000
Ítem 4	.483	.000
Ítem 5	.401	.000
Ítem 6	.306	.000
Ítem 7	.105	.237
Ítem 8	.444	.000
Ítem 9	.434	.000

Ítem 10	.573	.000
Ítem 11	.527	.000
Ítem 12	.538	.000
Ítem 13	.357	.000
Ítem 14	.642	.000
Ítem 15	.488	.000
Ítem 16	.462	.000
Ítem 17	.509	.000
Ítem 18	.461	.000
Ítem 19	.298	.001
Ítem 20	.522	.000

Anexo 8

Carta de autorización de la institución para la investigación



Lima, 28 de Junio de 2019

CARTA DE AUTORIZACION

Yo, **ELISA EDITH GUEVARA MURILLO** con DNI 08475966 en mi carácter de Directora Asociada del Centro Renacer Integral, **AUTORIZO** por medio de la presente a la Srta. **ANGIE SILVANA SANCHEZ GUEVARA** a que aplique los instrumentos necesarios para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado "Dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapias de parejas en Lima Norte, 2018" para optar al grado de Magister en Terapia Familiar por la Universidad Peruana Unión.

Esta investigación es realizada por:

Apellidos y nombres	Institución	Rol	E-mail
Sánchez Guevara Angie Silvana	Universidad Peruana Unión	Estudiante de Postgrado	angiesanchez@uperu.edu.pe
Santilla Mejía Aida Chelita	Universidad Peruana Unión	Asesora	Chelitasm@upeu.edu.pe

Sin más que agregar, me despido.

Cordialmente,



Elisa Edith Guevara Murillo
Directora Asociada
Centro Renacer Integral