

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DEPENDENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN**

(Estudio realizado con mujeres universitarias de 20 a 30 años de edad que residen en la ciudad de Quetzaltenango)

**TESIS DE GRADO**

**ANA GABRIELA QUIROA MORALES**

CARNET 15040-16

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2021

CAMPUS DE QUETZALTENANGO

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEPENDENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN

(Estudio realizado con mujeres universitarias de 20 a 30 años de edad que residen en la ciudad de Quetzaltenango)

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR

**ANA GABRIELA QUIROA MORALES**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2021  
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: MGTR. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: MGTR. LESBIA CAROLINA ROCA RUANO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: LIC. JOSÉ ALEJANDRO ARÉVALO ALBUREZ  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: MGTR. MYNOR RODOLFO PINTO SOLÍS  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. JOSÉ FEDERICO LINARES MARTÍNEZ  
SECRETARIO GENERAL: DR. LARRY AMILCAR ANDRADE - ABULARACH

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO  
SECRETARIA: MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ

**NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

MGTR. ELENA FABIOLA HURTADO BONATTO

**REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

LIC. LUIS FERNANDO MOLINA MALDONADO

## **AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTORA ACADÉMICA: MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN

SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN  
UNIVERSITARIA: MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN  
GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 27 de octubre de 2020

Ingeniera:

Nivia del Rosario Calderón de León

Subdirección Académica

Universidad Rafael Landívar, Campus Quetzaltenango

Estimada Ingeniera:

Reciba un afectuoso saludo con el deseo de que sus actividades se realicen con éxito.

Por medio de la presente, me permito hacer de su conocimiento que la estudiante ANA GABRIELA QUIROA MORALES, quien se identifica con No. de carné 1504016, ha concluido el trabajo de tesis titulado:

Dependencia Emocional y Depresión  
(estudio realizado con mujeres universitarias de 20 a 30 años de edad  
que residen en la ciudad de Quetzaltenango)

Con lo que, bajo mi asesoría, damos por concluido el proceso de Tesis II.

Atentamente,



M.A. Fabiola Hurtado Bonatto

Código docente 19105

Colegiada 568

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANA GABRIELA QUIROA MORALES, Carnet 15040-16 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 052906-2021 de fecha 26 de enero de 2021, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

#### DEPENDENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN

(Estudio realizado con mujeres universitarias de 20 a 30 años de edad que residen en la ciudad de Quetzaltenango)

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, al día 1 del mes de febrero del año 2021.



MGTR. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA  
HUMANIDADES  
Universidad Rafael Landívar

## AGRADECIMIENTOS

**A Dios:** gracias infinitas, por brindarme la oportunidad de alcanzar una meta más en mi caminar. Por ayudarme a aceptar mi destino y darme la fortaleza para finalizarlo.

**A mi Familia:** a cada uno, por estar al pendiente de mi proceso, por escucharme y aconsejarme. Por darme la oportunidad de tener debates para entender más el tema que investigaba. Sobre todo, a José y Maita por estar luchando junto conmigo, por salvarme muchas veces y sacarme adelante sin dudarlo dos veces, les agradezco con el alma la confianza y seguridad que me proyectaban.

**A mis padres:** Oscar y Choni, por acompañarme en todo este proceso. Por estar al pendiente y darme sus fuerzas y palabras, seguiré luchando y demostrándoles que puedo salir adelante.

**A mi pareja:** Pablo, gracias infinitamente por todo el amor, el apoyo y la comprensión durante toda esta etapa. Por escucharme en mis momentos de estrés y llanto, por ayudarme en búsqueda de información. Sobre todo, por no dejarme vencer por el peso y el miedo de no saber que hacer, me motivaste para seguir adelante y me hiciste llenarme de fuerza para seguir con ánimos inexplicables. Agradezco a Dios por ponerte a ti en mi camino y por darte ese don de amor y paz que tuviste este tiempo. Prometeme de corazón que seguirás luchando por tus sueños y lograrás lo que anhelas.

**A mi cuñado:** Javier, gracias de corazón por estar en los momentos de máximo estrés, por hacerme reír cuando no encontraba salida al momento de continuar con este proceso, por escucharme y darme consejos lógicos cuando la razón no la tenía. Sigue adelante y prométeme que te veré como lo que anhelas.

**A mi tía y abuelo:** Rosa Amalia y Lulo, por ser quienes estuvieron al pendiente de mí desde siempre, por luchar cada vez que necesitaba su apoyo, gracias por darme la oportunidad de continuar con mis estudios y mi crecimiento profesional, les prometo que no se van a decepcionar. Seré quién esperan que sea y mejor.

**A mi abuela:** Isabel, por a pesar de las dificultades siempre ha estado en cada momento que la necesitaba, no me ha abandonado a pesar del estrés y desesperación que mostraba; gracias.

**A mis asesores:** Licda. Fabiola y Lic. Luis Fernando, les agradezco infinitamente por motivarme día a día, por estar dispuestos al asesoramiento de pequeñas cosas. Por tanta enseñanza y experiencias, admiro su valentía y conocimiento.

**A mis Amigos:** Vicky, Mario y Alex, les agradezco con el corazón en mano, cada uno de los consejos, por cada palabra de motivación, por cada apoyo, por cada regaño, por cada minuto de su tiempo dados para escuchar mis llantos y desesperaciones, en verdad, gracias por no dejarme sola a pesar de que se los pedía, por no dejarme vencer y mucho menos dejarme sola. Siempre estuvieron, cada quién a su manera y les prometo que mi lealtad sigue como la desde el primer día. Me siento tan bendecida por tenerlos en mi vida y que sean mi familia elegida.

**A mis compañeros de grupo:** Hamilton, Rouss, Marco, Mayte y María, gracias infinitamente por luchar junto a mi cada ciclo, por el apoyo, por el cariño y confianza. Gracias por las tardes de estudio y de convivencias, no tengo palabras para decir lo orgullosa que estoy por ustedes y el logro que alcanzamos juntos, les quiero desear que cada uno pueda cumplir lo que algún día me contaron que anhelaban. En verdad, quisiera volver a una tarde de tacos de pollo en casa de alguno de nosotros. Les deseo lo mejor y gracias por volverse mi segunda familia y mis amigos.

## DEDICATORIA

**A Dios:** porque gracias a él, sigo luchando por mi crecimiento personal y valorando cada segundo de mi vida.

**A mis Hermanos:** porque son los pilares de mi vida. Por ellos sigo luchando día a día, para poder darles lo que merecen y más, para ser un ejemplo y sentir la satisfacción de vivir por ellos. Porque a pesar de que Alex, sea una persona de capacidades distintas y Marce, sea la más pequeña, con sus sonrisas me han motivado infinitamente a seguir adelante, a luchar por lo que anhelo. Los amo infinitamente y les prometo que luchare hasta lograr lo que ustedes esperan de mí.

**A mi abuela:** Chocha, porque desde el cielo sé que me apoya, porque en mis noches de llanto y desesperación ella siempre estuvo. Desde pequeña me motivaste a luchar por mis sueños y no dejarme vencer por nada; tuviste una visión inexplicable de cómo me veías ya mayor, cuanto daría por qué estuvieras presente en estos momentos. Sé que estas en mis logros y caídas, sé que en ocasiones te has escapado del cielo para darme esas fuerzas inexplicables que necesitaba al momento de pensar en tirar la toalla. Espero llenarte de orgullo con esta meta completada. Gracias por todas tus enseñanzas y esto es para ti, porque nadie más que tu soñaba con esto.

**A mi Familia:** porque gracias a ellos puede encontrar alternativas en la vida. A todos gracias, por su apoyo siempre, todo lo que hoy culminó fue posible gracias a su apoyo en todo sentido, me ayudaron a construirlo con el empuje, la entrega, la constancia y el amor incondicional.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Dependencia emocional .....	7
1.1.1 Definición .....	7
1.1.2 Causas de la dependencia.....	8
1.1.3 Características de dependencia .....	9
1.1.4 Sesgos cognitivos de la dependencia .....	11
1.1.5 El apego como medio para esclavizar.....	13
1.1.6 Anatomía del abandono .....	15
1.1.7 Tratamiento .....	16
1.2 Depresión .....	18
1.2.1 Definición .....	18
1.2.2 Epidemiología del trastorno depresivo .....	18
1.2.3 Curso evolutivo de la depresión.....	20
1.2.4 Tipos de depresión .....	21
1.2.5 Síntomas.....	22
1.2.6 Enfermedades asociadas a la depresión .....	25
1.2.7 Tratamiento .....	26
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	30
2.1 Objetivos .....	31
2.1.1 General .....	31
2.1.2 Específicos .....	31
2.2 Variables o elementos de estudio.....	31
2.3 Definición de las variables de estudio .....	32

2.3.1 Definición conceptual de las variables .....	32
2.3.2 Definición operacional de las variables .....	32
2.4 Alcances y límites .....	33
2.5 Aporte .....	33
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>35</b>
3.1 Sujetos.....	35
3.2 Instrumentos.....	35
3.3 Procedimiento .....	36
3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	37
<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>46</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>VIII. REFERENCIAS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## Resumen

La dependencia emocional es un estado psicológico que se caracteriza por la necesidad excesiva de afecto en relaciones de pareja, amistades, amigos o familia; este estado psicológico lleva a la persona a cambiar las actitudes, costumbres y la forma de ver el entorno, lo cual podría desencadenar un trastorno conocido como depresión. La depresión es un trastorno caracterizado por tristeza, desesperanza y descontrol en los ámbitos de vida. El impacto que tienen estos dos trastornos son catastróficos, por lo cual es necesario darle más importancia que la que se tiene actualmente. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de dependencia emocional y depresión en las mujeres universitarias que residen en la ciudad de Quetzaltenango. Este estudio se realizó con una muestra de 40 mujeres universitarias, comprendidas entre las edades de 20 a 30 años, se utilizaron las pruebas psicométricas Inventario de codependencia emocional (ICOD) y el Inventario de depresión de Beck, la investigación es de tipo cuantitativo y diseño descriptivo.

Luego del trabajo de campo se manifiestan resultados obtenidos, que establecen los factores de incidencia como orientación rescatadora y represión emocional en dependencia emocional, como cambios de apetito y cambios de sueño en la depresión. Se comprueba un grado más elevado de dependencia emocional que de depresión, a pesar del entorno atípico (producido por la pandemia COVID-19) que se vive en este tiempo. Se recomienda explorar estos temas desde la perspectiva de la teoría terapéutica y brindar el tratamiento adecuado, además se ofrece una propuesta para el tratamiento de la dependencia emocional en las mujeres universitarias.

Palabras clave: dependencia, depresión, mujeres, trastorno, resultados, incidencia, tratamiento.

## I. INTRODUCCIÓN

La dependencia emocional es un tema muy importante en la actualidad, la mayor parte del tiempo se utiliza este término para referirse a las personas que muestran mucha ansiedad ante la idea del abandono, y están dispuestas a hacer o a soportar cualquier tipo de abuso o exigencia con el objetivo de no ser abandonadas, aunque la relación les haga sufrir o no les satisfaga. Normalmente, se asocia este patrón a una relación de pareja en el que uno de los miembros es dependiente y el otro dominante. Pero, este no es el único tipo de desequilibrio afectivo, hay varios tipos de vinculaciones patológicas relacionadas con la dependencia y dirigidas a diferentes círculos de apoyo. Así como en muchos países, en Guatemala las mujeres a menudo son parte de la población más vulnerable ante la violencia de una relación basada en una ideología machista impuesta desde la infancia, esto provoca en ellas cambios en su comportamiento, actitud y decisiones debido a la dependencia emocional que han desarrollado, puede llevarlas a un estado de conformismo ante los abusos que reciben, a razón de esto pierden energía, mantienen un estado de ánimo triste la mayor parte del tiempo, hay un descontrol físico y psíquico, estas son características que destacan en la depresión.

La depresión es un trastorno mental caracterizado principalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, acompañados de alteraciones en el comportamiento, puede convertirse en una enfermedad incapacitante la cual tendría que ser atendida y abordada por especialistas, ya que la depresión no es solamente un estado sin importancia; siempre hay que darle atención a cualquiera de los tipos de depresión que la persona pueda padecer. Las mujeres a menudo se encuentran en una situación limitada por la falta de recursos, a los cuales no pueden acceder por falta de educación y oportunidades laborales, condición establecida comúnmente en las mujeres guatemaltecas en donde no cuentan con las mismas oportunidades que los hombres. Estas situaciones podrían provocar dicho estado, visto como un problema psicológico que puede desembocar en una grave enfermedad mental que se basa en el sufrimiento y deterioro de la vida diaria, por lo que el tratamiento es fundamental.

Es importante conocer cómo las víctimas podrían buscar satisfacer las necesidades de la pareja y qué tan a menudo esto crearía un deterioro en las demás relaciones interpersonales que manejan, tanto sociales como laborales. Para la sociedad, esta investigación puede crear conciencia acerca

de las consecuencias que abarcaría y cómo influye en los comportamientos y decisiones de la mujer ante un entorno machista. Para la psicología es un tema sumamente importante que se estudió para conocer y establecer características fundamentales de la dependencia emocional y depresión; de lo contrario, el descuido podría desembocar en acciones poco favorables para la calidad de vida del individuo y sus círculos de apoyo.

Esta investigación tuvo como objetivo principal describir el nivel de dependencia emocional y depresión de las mujeres universitarias entre 20 y 30 años residentes en la ciudad de Quetzaltenango; además tuvo como propósito contribuir en beneficio de las entidades que velan por el bienestar y los derechos de las mujeres en Guatemala, en donde la violencia intrafamiliar, la pobreza, desnutrición y desigualdad, coloca a las personas en una confusión de su independencia, que puede llevarles a la búsqueda intensa de afecto y al descuido de otras áreas y necesidades básicas para vivir.

A continuación, se exponen un grupo de criterios que previamente se han realizado en relación con la temática a tratar.

Rodríguez (2018) en la tesis de licenciatura titulada Codependencia y ansiedad de la Universidad Rafael Landívar, realizado con féminas que asisten a la dirección municipal en la alcaldía de Panajachel, Sololá, donde el objetivo fue identificar la relación de la codependencia y la ansiedad en las féminas. Se utilizó una muestra de 35 mujeres de 22 años en adelante. Se realizó por medio de dos pruebas psicométricas, ICOD para medir la codependencia y la segunda fue STAI-82 inventario de ansiedad estado-rasgo, para medir el nivel de ansiedad; la investigación fue tipo cuantitativo y diseño descriptivo, por medio de la cual en el trabajo de campo se concluyó que la relación que tiene la codependencia y la ansiedad estado en las mujeres evaluadas es de 0.93, señalado como una correlación muy alta. De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación se identificó la relación en base a la sobrecarga de actividades, necesidades y conflictos por resolver de los demás lo que genera en ella sentimientos de ansiedad. Es importante dar a conocer las características de la codependencia y la ansiedad, las consecuencias tanto psicológicas como físicas, para que sean identificadas y tratadas de la mejor forma para contribuir al manejo de estas.

Psica (2018) en el artículo ¿Qué es la dependencia emocional? Que se encuentra en la página electrónica MundoPsicólogos número 15 del mes de mayo, explica que diversos estudios creen que la dependencia emocional es el resultado de experiencias que marcan la personalidad individual. La dependencia emocional presenta una serie de características: cognición, emoción y comportamiento, estas características dificultan el desarrollo de la vida diaria. Las personas a menudo sufren otros problemas cuando van a trabajar, como depresión, síntomas de ansiedad y cambios repentinos de humor. A medida que avanza la reunión, el patrón de características o personalidad dependiente se hace evidente. Debido a la baja confianza en sí mismo, esta persona muestra necesidades de apoyo excesivas.

Detrás de estas peculiaridades, es necesario obtener continuamente la aprobación de los demás, por lo que este comportamiento tenderá a ser amigable, obediente y servicial, y en la mayoría de los casos hará que el bienestar de terceros se anteponga a sus propios intereses. Minimizan la calidad y los logros, expanden el fracaso, idealizan a las personas, dudan de sí mismos, piensan que no pueden hacer nada, resaltan las debilidades y temen constantemente ser abandonados o irse. Estos pensamientos les hacen sufrir un gran dolor y, por lo general, se les suele culpar por la falta de iniciativa y la constante demanda de atención y apoyo emocional.

Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos (2018) en el artículo titulado Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo, que se encuentra en la revista científica Terapia psicológica, Vol. 36, no. 3, 156–166, explican que la dependencia emocional se describe como un tipo de dependencia sentimental determinada por la manifestación de interdependencia relacional. Esta investigación tuvo objetivo establecer un análisis comparativo de un perfil clínico y psicosocial. Para ello, se seleccionó a 880 participantes, de los cuales 277 están filiados como muestra clínica, 311 corresponden a población general y el resto representan muestras de comparación. Según los resultados hallados, se determinó el perfil del dependiente emocional como propio de sujetos que experimentan desajustes afectivos en forma de sentimientos negativos entre ellos la soledad, tristeza, desánimo, culpa y vacío emocional junto a deseos de autodestrucción emocional. Presentan una dependencia pura con un anhelo irresistible de estar con la persona de la que se depende. Se abunda en la necesidad de implementar propuestas de gestión emocional y de promoción de la salud relacional.

Salguero (2016) en la tesis de licenciatura titulada Rasgos de dependencia emocional de mujeres estudiantes de las carreras de Licenciatura en psicología clínica y psicología industrial de la Universidad Rafael Landívar, donde el objetivo fue establecer la media de los rasgos de dependencia emocional en mujeres estudiantes; la muestra utilizada fue de 123 mujeres estudiantes; esta muestra se eligió de una población de estudiantes de 2do a 5to año de las carreras mencionadas. La investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo; se utilizó un cuestionario tipo Likert, para recolectar datos, lo definen como un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. En la obtención de los resultados se concluye que las mujeres estudiantes presentan rasgos de dependencia emocional leve, con respecto a los indicadores. Las estudiantes encuestadas mostraron un nivel alto en autoestima; mientras que en el indicador miedo a quedarse sola manifestaron un nivel leve y el indicador más bajo fue la presión a tener pareja. Se recomienda proporcionar información sobre dependencia emocional por medio de talleres, folletos y trifolios para lograr conocer más sobre el tema y así poder evitar que las personas lleguen a tener dependencia emocional hacia una pareja, familiar o amigos.

Aiquipa (2015) en el artículo titulado Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja que aparece en la revista electrónica Revista Psicológica, volumen 33, núm. 2, páginas 416-417 explican que el estudio fue basado en la dependencia emocional, tuvo como objetivo identificar la relación entre la dependencia emocional y la violencia de pareja en una muestra conformada por mujeres usuarias del servicio de psicología de un establecimiento de salud nacional. Para esto, se sigue un enfoque cuantitativo y se utiliza una estrategia asociativa comparativa. La muestra estuvo conformada por dos grupos de mujeres, las cuales fueron víctimas de violencia de pareja (25 usuarias) y otras que no fueron víctimas de violencia de par (26 usuarias). Los resultados sugieren que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, puesto que se encontró diferencias entre los dos grupos de estudio y se halló que el valor que asumió el coeficiente de relación entre las variables fue altamente significativo.

Alonso (2017) en el artículo titulado Depresión: 8 datos que han aportado nuevas investigaciones, que se encuentra en el blog científico PSYCIENCIA, explica que el propósito de este estudio fue intentar conocer como algunas áreas críticas del cerebro se comunican entre sí. La investigación contó con la participación de 421 pacientes con depresión mayor, se encontró que en las personas

deprimidas el área de la corteza estaba más fuertemente vinculado a otras áreas involucradas en el sentido del ser y pérdida personal. Lo que sugiere que las personas con este trastorno son más propensas a sufrir problemas de autoestima y sentir una pérdida cuando no obtienen una recompensa esperada. Además, se observó que estas personas tenían conexiones más pobres en áreas del cerebro que registran las recompensas y en áreas importantes para la memoria. Ambos hallazgos podrían explicar por qué las personas con depresión se sienten peor cuando no obtienen una recompensa que esperaban conseguir y por qué les cuesta traer a la memoria recuerdos felices.

MINSALUD (2017) en el artículo titulado Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de enfermedades no transmisibles, de la ciudad de Bogotá, Colombia no. 1, marzo, p.p 2-3, se menciona que la depresión se ha convertido en una problemática de salud pública, por la sobrecarga de enfermedades o patrones que provoca. Se estima que en el mundo hay 350 millones de personas que sufren por depresión; el peor escenario de la enfermedad es el suicidio. Se calcula aproximadamente 800.000 casos de suicidio en todo el mundo y el grupo más afectado es de 15 a 29 años. La guía práctica de este trastorno se emplea a través de la CIE-10 como episodio depresivo o trastorno recurrente o a los equivalentes: episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor empleado por el DSM-V. En este caso, los expertos han definido que en sujetos de 18 años y más, tienen mayor riesgo de encontrarse afectadas; personas que por antecedentes propios o familiares padecen episodios depresivos, problemas psicosociales, eventos vitales estresantes, manifiestan a menudo necesidad de asistencia médica, ideación suicida o incluso desarrollo de otros trastornos psiquiátricos. La prevalencia varía de un país a otro, depende de varios factores: para el depresivo mayor se ha registrado una cifra de 1,4% a 11,7%. Es más, el 30% de los casos se vuelven crónicos en un aumento de desarrollar o empeorar enfermedades.

Guerrero (2014) en la tesis de licenciatura titulada depresión en mujeres de 35 a 50 años, realizada en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhuleu de la Universidad Rafael Landívar, que tuvo como objetivo general identificar como la depresión afecta a las mujeres que asisten a los distintos centros de atención a la mujer; se utilizó una muestra de 45 mujeres, distribuidas en dos centros. El instrumento utilizado fue la prueba Inventario de depresión de Beck (IDB), un instrumento útil para evaluar la depresión en adultos y los niveles que las evaluadas presentaron. Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo. Durante el trabajo de

campo se comprueba que la depresión afecta a las mujeres en distintos niveles, severo o mínimo, pero en la mayoría afecta la vida cotidiana y el bienestar social, por las diferentes emociones y actitudes causadas por diferentes factores externos y en ocasiones internos, duelos, pérdidas emocionales, críticas y falta de confianza en ellas mismas. Por ello, se recomienda crear un programa especial para las mujeres con depresión o síntomas similares y que tenga como finalidad la mejoría del bienestar emocional.

Hernández (2013) en la tesis de licenciatura titulada infidelidad matrimonial y depresión en la mujer de la Universidad Rafael Landívar realizada en pastoral de la mujer en la diócesis de San Marcos, tuvo como objetivo establecer el nivel de depresión en la mujer, como consecuencia de una infidelidad matrimonial. Se realizó con una muestra de 70 mujeres de la pastoral de la mujer, de San Marcos, quienes conforman el 100% de la población. Se utilizó la prueba Beck (Test de escala de desesperanza de Beck (bhs): adaptación y características psicométricas de Inteligencia Emocional General) elaborado por Beck. Esta investigación es de tipo descriptiva-correlacional; en los resultados de la investigación se ha comprobado que las mujeres que sufren de infidelidad matrimonial de la pareja viven períodos depresivos que varían entre depresión leve, moderada y grave, que desestabilizan el equilibrio emocional e impiden el buen funcionamiento y el bienestar, pueden llegar a incapacitar la vida psicológica de la mujer. Se recomendó implementar talleres de terapia cognitivo-conductual para la mujer víctima de una infidelidad y proporcionar una adecuada confianza para iniciar con la catarsis de la depresión.

Vindel. A, Salguero. J, Wood. C, Dongil. E y Latorre, J (2012) en el artículo titulado La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento, que se encuentra en la revista científica Papeles del psicólogo de la ciudad de Madrid, España, vol. 33, explica que la depresión mayor puede llegar en los últimos años a catalogarse entre los trastornos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes. La OMS estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el año a partir del año 2030. Según datos del estudio ESEMeD, estudio epidemiológico, realizado en diferentes países hispanoamericanos, la prevalencia de este trastorno en el último año se ha situado en un 4.0% del país, al ser la prevalencia de un 10.5%. Resultados parecidos fueron hallados en el mismo estudio para la población europea, donde la prevalencia en los últimos 12 meses fue un 3.9% y la prevalencia vida de un 12.8%. Estos

datos indican la alta probabilidad de sufrir depresión a diferencia de otros trastornos mentales, como los diferentes trastornos de ansiedad o los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los resultados del estudio ESEMeD-España mostró que los trastornos mentales, como la depresión, ocasionaron el mayor impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con salud y la discapacidad funcional, incluso al superar el impacto de enfermedades crónicas.

## **1.1 Dependencia emocional**

### **1.1.1 Definición**

Riso (2014) menciona que la dependencia emocional es un estado psicológico de la persona en donde demuestra una intensa ansiedad ante la idea del abandono, un estado donde la persona se dispone a resistir todo tipo de abusos con el objetivo de evitar esta situación. Es una manera de enterrar la vida, un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el autorrespeto y la personalidad de la persona es obsequiada irracionalmente. Cuando el apego está presente, la entrega se convierte en no más que un acto de cariño generoso y sin intercambio; es una manera de capitulación, un sometimiento guiado por el miedo con el objetivo de preservar lo que puede ofrecer la relación. Por otro lado, existe un paradigma distorsionado y negativo, relata que un amor auténtico debe estar influido por la adicción, en esto puede entrar la obediencia debida, una adherencia y la subordinación que es característica en el estilo dependiente no recomendable. En muchas atenciones psicológicas, el problema que resalta es la dependencia patológica interpersonal, lo que infiere a que las personas son incapaces para ponerle fin, resolver el abandono o aceptar una pérdida afectiva.

Pinto (2012) manifiesta que la dependencia emocional no es sinónimo de amar, por el contrario, es necesitar excesivamente del otro; un amor no genera necesidad, en cambio, la dependencia emocional sí, ya que esta se forma al ignorar el sentimiento que debería acompañar la tolerancia, aceptación, compartir y negociar. Cuando los sentimientos de amor y pasión se confunden, la pasión debe separarse primero. Es por esto, que el desarrollo independiente de la pasión contribuye a la estabilidad emocional de las relaciones saludables, el diálogo y los problemas de madurez resueltos. La dependencia no es lo suficientemente madura para enfrentar el establecimiento de relaciones. El problema de la dependencia puede verse como una versión adulterada del amor.

### 1.1.2 Causas de la dependencia

Castello (2012) explica en los primeros trabajos sobre dependencia emocional, la infancia adecuada tiene una importancia trascendental en el desarrollo de esta condición; algunas personas encuentran muy atractivo e incluso seductor el comportamiento hostil y agresivo del dominante porque lo interpretan como un signo de poder y lo identifican con la vulnerabilidad y carencia que ellos manejan. Dentro de la relación, la tendencia dominante va paso a paso en un hundimiento y entierro de la personalidad sumida del otro dependiente emocional, provoca una disminución de la autoestima que desemboca en una anulación total de los actos e ideas de la persona maltratadora que descarga en el compañero frustraciones interpersonales. Existe una condición necesaria para el desarrollo de estos problemas en la adolescencia y adultez, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Carencias afectivas tempranas: es la pauta más habitual, como el propio nombre indica, se caracteriza por la ausencia de cariño y la frialdad que el niño experimenta desde el comienzo de la vida. Los niños que han sido privados de afecto en la primera infancia por patrones familiares no recibieron lo que cualquier niño, por derecho y por salud mental, debe recibir. En muchas ocasiones, a este patrón familiar se le acompañan con aspectos de otros como el de “hostilidad y malos tratos”.
- Sobreprotección devaluadora: aparentemente, constituye la antítesis de la anterior pauta porque se caracteriza por un trato próximo con el niño en el que hay una preocupación por él. La sobreprotección devaluadora, más que desvivirse por el niño y evitarle cualquier peligro, es una sobreprotección en la que se resta autonomía al niño y en la que se hace todo por él, pero transmite la sensación de que se hace por la inutilidad y por estar lejos del buen hacer de los padres o incluso de otros niños.
- Hostilidad y malos tratos: La hostilidad se entiende como un golpe, empujón o golpiza que se da bajo cualquier pretexto. No solo la hostilidad física puede producir trastornos psicológicos como la dependencia emocional u otros, sino también barreras psicológicas: amenazas, gritos, insultos o devaluación excesiva. Como resultado, es una sensación continua de estar en deuda con los padres, de considerarse culpables de las propias agresiones o insultos que reciben por ser individuos deleznable, y de pensar que no merecen ser queridos porque nadie lo hace.
- Utilización afectiva egoísta: es una pauta relacional altamente patológica y que crea numerosos desequilibrios psicológicos, entre los que destacan la dependencia emocional. Hay que señalar

que suele ser uno de los padres el que desarrolla esta pauta, quedándose el otro progenitor completamente al margen de la relación con el hijo. La peculiaridad de esta relación de fusión es que el padre que lleva a cabo esta pauta de interacción con el hijo al pretender satisfacer con él todas las necesidades afectivas, en muchas ocasiones es fruto, a la vez, de la propia dependencia emocional.

### **1.1.3 Características de dependencia**

Castello (2012) describe una visión panorámica de la dependencia emocional, cómo la persona coloca la relación por sobre todo, da la mayor parte del tiempo para la persona, demuestra poco deseo de compartir al otro, tiene un pensamiento de un ser sobrevalorado, existe sometimiento y sumisión por miedo al abandono, miedo excesivo a la ruptura, manejan un bajo nivel de amor propio y autoconcepto, miedo a la soledad provocada por incomodidad, malestar e incluso un grado de ansiedad y pensamientos de “nadie los quiere”. Por ello, se profundiza en cada característica:

- Prioridad de la pareja sobre cualquier cosa: el dependiente pone la relación por, sobre todo, esta superposición abarca a la persona, al trabajo y a la familia. Es más, una de las características de un dependiente es que deja de tener vida propia o vive la vida que el otro le establezca. Esta prioridad de la pareja llega al estado de ánimo del dependiente que va en función o con objetivo de manejar el estado de ánimo del compañero. Las aficiones van en declive, las amistades no tienen mayor importancia y la familia pasa a un segundo plano.
- Voracidad afectiva: la persona estaría la mayor parte del tiempo disponible con la pareja, y si falla en esta situación, se compensa con otros medios de comunicación donde se establezca el contacto. Es importante mencionar que este rasgo está muy adecuado en algunos dependientes emocionales, pero no sucede en todos. En muchas ocasiones, la pareja reclama espacio y recrimina algunos comportamientos; a lo que el dependiente no tiene otra salida más que aceptar estas condiciones porque se puede crear lo que teme: un rompimiento o rechazo.
- Tendencia de exclusividad en las relaciones: en las relaciones existe un deseo de exclusividad en un sentido de no querer compartir al compañero con una tercera persona; pero no sólo en esta situación se produce una dependencia, el dependiente quiere tener para él al compañero, todo lo exterior le molesta.

- Idealización del compañero: en este rasgo prácticamente el otro se convierte con el tiempo en un ser sobrevalorado, no se establece desde un principio por tener un perfil de endiosamiento o de distanciamiento con los demás. Será difícil que un dependiente emocional se enamore de alguien que no admire o considere por encima de él y no desde un punto de vista racional u objetivo. Pero, no sólo se creará una sobrevaloración de la pareja, sino que se podrá distorsionar los méritos y capacidades.
- Miedo al abandono o rechazo: aquí idealiza tanto a la pareja que se somete tanto a él, hasta considerar la relación como lo más importante y prioritario en la vida, le tiene un verdadero terror a la ruptura; literalmente, se encuentran incapaces de terminar por la variante de no quedar en segundo plano. El dependiente en estos casos puede soportar todo con tal que no exista una ruptura en la relación porque si llega a convertirse en algo fatal, la persona siente que la vida ya no tiene sentido.
- Síndrome de abstinencia: se crea un miedo a lo que se aproxima tras una ruptura, es llamado de tal manera por la analogía de las adicciones por drogas. Este síndrome supone el padecimiento de un trastorno mental que variará según la persona y la intensidad, sin embargo, la manera habitual es un trastorno depresivo mayor con ideas obsesivas, o mejor dicho una depresión grave con pensamientos repetitivos y angustiosos. En estos sujetos, el golpe psicológico de una ruptura es brutal, no sólo crea una intensa tristeza, sino que además sufren síntomas de ansiedad intensos que se interponen en la concentración y se traducen como molestias físicas o sensaciones desagradables.
- Baja autoestima: por lo general, los individuos que sufren una dependencia son personas que no manejan un amor propio. No tienen un trato adecuado en ningún aspecto y esto realmente es muy abstracto. El amor propio no tiene significado en que tenga que considerar virtudes o cualidades, existen dependientes emocionales y otras personas que ya saben que presentan algunas de estas características, pero que no se quieren de una forma adecuada. El autoconcepto es la idea racional sobre sí mismo, no obstante, la autoestima va por una interpretación diferente, el amor propio es exactamente lo mismo que el cariño hacia los demás, de manera significativa.
- Miedo a la soledad: esta característica les causa incomodidad, malestar e incluso un grado de ansiedad, con la idea de no ser importantes para nadie, y estar abandonadas. Por otro lado, el temor a esta soledad es sinónimo del temor entendido como estar sin pareja. Los dependientes

que necesitan agradar representan una validación externa, lo que significa que el valor no se lo otorgan ellos mismos. Sin embargo, un dependiente con buen autoconcepto podría disponer de esta tendencia de validación interna, pero en situaciones afectivas donde impliquen aceptación o rechazo, retomará de nuevo la tendencia contraria. Se presenta en la tabla el resumen de las características de dependencia emocional:

**Tabla núm. 1**  
**Características de la dependencia emocional**

<b>Características</b>	<b>Definición</b>
Prioridad de la pareja sobre cualquier cosa	Magnificación desproporcionada del compañero.
Voracidad afectiva	Fidelidad bioquímica, es decir, sólo ellos existen y nadie más.
Tendencia de exclusividad en las relaciones	Creencia de que nada tiene sentido sin en el otro.
Idealización del compañero	Pensar que el amor entre ellos es único, eterno, sin tiempo de por medio.
Miedo al abandono o rechazo	Creencia de que la mente estará todo el tiempo al servicio y al pendiente de la otra persona.
Síndrome de abstinencia	Depresión tras la ruptura.
Baja autoestima	Alguien más le otorga el valor.
Miedo a la soledad	Todo se convierte compulsivo sin tomar en cuenta las consecuencias.

Fuente: elaboración propia con base en Castello (2012), pp. 20-32.

#### **1.1.4 Sesgos cognitivos de la dependencia**

Riso (2013) explica que dentro la dependencia emocional sucede pensamientos automáticos e incluso irracionales que la persona no logra identificar fácilmente. Cuando se hace referencia a los pensamientos o ideas irracionales se habla de una creencia estricta y poco realista que suele estar en lo más hondo de la conciencia y forma parte de los valores fundamentales y de la propia identidad. Por ello, se encuentran en el lado extremo de la razón ya que tienen como característica el ser exagerados, estos pensamientos atacan emocionalmente al sujeto cuando se encuentran

atados a otros individuos. Sin embargo, muchos de estos se vuelven tan constantes que la persona dependiente no logra conservar un control emocional a razón de este, pueden manifestarse mediante algunas creencias explicadas a continuación:

- Creer que no puede vivir sin él o ella: creen que al idealizar al ser amado hará un vínculo más fuerte entre ellos; es una sorpresa saber la cantidad de personas que lo logran. Quizá se piensa que el sujeto es débil y necesita a alguien más fuerte que se haga cargo. El pensamiento de no poder vivir sin la pareja es derrotista y muestra una clara falta de autoestima. Cuando un individuo piensa así, la pareja hará lo que quiera, tendrá un amo que maneja a la persona como un títere y la relación se torna unilateral y de forma dependiente, sí es posible vivir sin él o ella, sólo es necesario dar avances pequeños e intentarlo.
- Creencia de nunca encontrar otra persona igual: ¿y para qué encontrar una persona igual? hay muchas más con distintos ideales, pensamientos y valores, para descubrirlas hay que soltar ataduras y correr el riesgo. Pero se debe tener en cuenta que las parejas no vienen listas de fábrica. Cada uno va acoplándose a la otra persona hasta un punto medio, son piezas de rompecabezas distintos que deben limarse para poder coincidir y tener conexión.
- Creer que “no le quiere”: quizás sea verdad que la otra persona no le quiera, pero lo ideal es salir de dudas, en esto se debe ser realista y evitar la suposición de la otra parte implicada, para evitar que la duda se convierta en un pensamiento constante que provoque daños significativos.
- Tener la firme creencia de encontrar a alguien mejor: si en algún momento se es rebajada o dañada la integridad, la persona nunca estará bien con nadie al sentirse insuficiente; la baja autoestima suele crear el pensamiento de agradecer como un favor el ser querido, apreciado o amado, en el amor hay que saber cuándo no vale la pena seguir en la lucha. Se podrá decir que son incompatibles, pero no que se es menos.

El ser humano es un ser multidisciplinario, y basado en fundamentos emocionales, racionales, instintos de supervivencia, y esto forma un todo, cada parte del ser hace que esté conectada con la otra, y las conexiones emocionales son fuertes, los sentimientos de aceptación y necesidad son parte importante para la realización de la persona, esto se refleja en su forma de afrontar los sucesos cotidianos, y su interacción con la pareja.

### **1.1.5 El apego como medio para esclavizar**

Riso (2012) manifiesta a través de la frase: “si no hay libertad interior, no se espera otro tipo de libertad”, por lo que es importante tomar en cuenta que todo comienza desde un apego mal establecido y dentro de una relación dependiente se es difícil desapegarse, puesto que la libertad no es negociable, provoca una paralización de las funciones, están sujetos a la adicción del poder, una ilusión que no siempre se es consciente de ello, la culpa constante al vacío, a la carencia o la privación de no haber elegido otras opciones ante el preferir. A razón de esto se destacan estos distintos factores y la práctica adecuada del desapego:

- a) La libertad no es negociable: si la persona sufre de apego, llegará un momento en que se dará la pérdida de la libertad en cada factor de la vida, el placer y la euforia no dejan ver con claridad la fuente de apego que controla la vida de la persona. Es más, la persona empezará a comportarse como un autómatas entrenado, con el pensamiento “Todo lo que hace lo hace por el otro” e incluso harán cualquier cosa con el objetivo de retener a la persona o el objeto del apego: arrastrará, suplicará, malgastará el tiempo y el esfuerzo en el intento de autoengañarse. En muchas ocasiones, las personas piensan que no pueden vivir sin la fuente de apego; entregan el poder a alguien para una dominación y apropiación de la mente en forma de un suicidio psicológico.
- b) Atrapado en la red: cuando esto se da, provoca una paralización básica en las funciones cognitivas y afectivas, hace una aparición de incertidumbre, pérdida de control y un fenómeno de espera. Al no obtener solución, la crisis va en aumento al mostrar una notable incapacidad de utilizar el tiempo libre, por ejemplo: el arreglo personal.
- c) El afrodisíaco del poder: el sujeto adicto al poder es prisionero de las ansias de mandar, ordenar y dirigir sobre las demás personas, además mantienen subalternos sobre quienes ejercen un mandato y usan la supremacía como significado de ser sometido a la obediencia; quien manda, depende y requiere del subalterno para descartar la superioridad, cuando esto sucede entre un dominador y un dependiente, la relación e incluso el vínculo se vuelve una mezcla de sadomasoquismo de intenso poder.
- d) Dependencias compartidas: se refiere a la doble opresión cuando la mayoría de apegados sufren de una ilusión que no siempre se es consciente de ello, el individuo apegado sueña con que la fuente de apego se encuentra unida a él; este ideal, se mantiene de manera discreta en el pensamiento de una relación perfecta, no se veía de otra perspectiva más que dos

“dependencias dependientes” es más, esperan que en el apego se comunicarán con ellos y confesarán las fantasías simbólicas. Sin embargo, es una ensoñación del deseo que acompaña el apego y conlleva a una esclavitud correspondida.

- e) La necesidad esclaviza, la preferencia libera: si no hay necesidad de apego, no habrá que mantener cuando la persona tiene una autoaceptación, las necesidades psicológicas y emocionales no tendrán mucha relevancia, no abarcará el aspecto de carencia y mantendrá una sensación agradable de soltura y naturalidad en los actos que realice. Es más, existen necesidades primarias y adaptativas basadas directamente con las biológicas y psicológicas; es importante orientarlas y redefinirlas bajo un nuevo punto de vista y ubicarlas en un nuevo constructo. En algunas situaciones se culpa al vacío, a la carencia o la privación de no haber elegido otras opciones disponibles ante el preferir, esta elección se enfrenta a dos preceptos opuestos, positivo y negativo, puede perderlo, pero no soportaría la pérdida; se argumenta que los sujetos más saludables y alegres, son los que utilizan más las preferencias que las necesidades.
- f) La práctica del desapego: cómo recuperar la libertad interior y no dejar que la dependencia domine:
- Activar el Espartaco que se lleva dentro: la independencia psicológica significa prescindir de un vínculo de apego y dejar de ser esclavo de lo que lo ata, no es fácil soltar cuando se está acostumbrado a la referencia, protección y al dispensador de afecto, se necesitan estrategias, técnicas y convencimiento; si la persona es dependiente, a la mínima señal buscará de manera intensa una fuente de apego.
  - No estar donde no se le quiere o donde se le hace daño: el rechazo en muchas situaciones no afecta en lo absoluto y se sostiene en un derrumbe psicológico, es importante salvaguardar la salud mental al no dejarse llevar por la curiosidad morbosa y comenzar a pensar en el asunto más de la cuenta. Es más, existen obsesiones intrusivas que tienen como objetivo herir y desviar. Para ello, la mejor técnica de solución es verificar que no se es bienvenido, empacar, retirarse y no volver, mientras que se convence al pensamiento de que nadie debe estar consigo, si no le quiere.
  - La abstinencia es un sufrimiento útil que ayuda a despegarse: el independizarse de manera emocional tiene un costo conocido como el fenómeno de abstinencia, dejar de recibir las dosis diarias de las adicciones favoritas, descompensa el organismo y altera a nivel sistémico. Sufrir

para dejar de sufrir, manera paradójica de curación. El derribar los puntos de referencia y avanzar en el vacío es estar solo, para volver a nacer. El desapegarse o desprenderse de un apego duele, puesto que el organismo está habituado y acostumbrado al condicionamiento que ha creado. Sin embargo, es un dolor curativo, para tener libertad emocional no hay que deshacerse del amor, es más que suficiente quitarle el poder psicológico que tiende sobre el individuo a través de la indiferencia, al alejarse mentalmente no crea pensamientos erróneos ni asco, ni rabia, sólo una lejanía psicológica y toma de conciencia afectiva.

- Listas de liberación personal: la persona adquiere fuerza interior a través de estos registros, para romper el molde conductual y experimentar. Es más, para acabar con los apegos hay que tomar en cuenta las fortalezas personales al realizar una lista de incapacidades imaginarias, donde se colocan las dudas de las capacidades, una lista de dependencias irracionales de personas que depende innecesariamente, un listado de sueños aparentemente irrealizables, se señalan todos los sueños que por algún motivo se han postergado, con el objetivo de mantener el ahora.

### **1.1.6 Anatomía del abandono**

Riso (2011) explica que todas las pasiones son sanas cuando individualmente son dueños de ellas, pero se convierten malas cuando esclavizan, en este caso algo determinante para un individuo que sufre una dependencia emocional, es la anatomía del abandono compuesta: la sorpresa, el colapso y aturdimiento de la noticia, las preguntas inevitables y constantes, cambios extremos, el luchar o morir. Crea verdaderamente una falta de disposición de libertad y una lucha desgarradora, por esto se definen diferentes factores:

- La sorpresa: la ruptura no es un acto administrativo o algo espontáneo, en muchas ocasiones duele significativamente la manera en que la pareja disfraza lo que está por ocurrir; en este caso sucede que nada sirve de consuelo, la lógica toma una disminución por falta de sentido a las metas, proyectos, sueños y mayoría de planes. La persona no se imagina una mala noticia al momento en que el compañero se comporta de manera distante o hay aspectos difíciles de creer.
- Colapso y aturdimiento: una vez que la noticia ha salido, todo ocurre en un lapso de tiempo y minutos, para un declive emocional, esto es un impacto que genera la mayor parte del tiempo, una angustia acompañada de una lista de preguntas. No obstante, la insistencia que opta el

organismo y la esperanza que toma en medio de lo imposible, crea pensamientos mucho más ingenuos, provoca dudas sobre el esfuerzo propio dentro de la relación.

- La pregunta inevitable: hay personas que reinventan y necesitan soledad, si la situación es más dramática, el sentimiento se apaga sin razones o motivos especiales, la persona quien sufre el impacto del abandono tiene una variedad de dudas, culpas e incluso remordimientos, por no saber realmente que llevó a la pareja a tomar tal decisión. Esto conlleva a un repaso histórico, es decir, indaga brutalmente en el pasado para encontrar los errores cometidos, es más, inventan errores que nunca cometieron y resaltan los defectos hasta los aspectos que deberían mejorar, todo se vuelve un examen rigurosamente evaluado.
- Aceptación nuevamente luego del cambio: tras este impacto y evaluación, pensamientos llevan a las personas a creer en un cambio extremo, es decir, que a través del cambio podrá reconquistar al compañero. Esto, lleva a comportamientos donde jura un cambio radical, y una renovación emocional en el propio ser, con la esperanza de recuperarlo. El individuo al ver que no causa mayor efecto en la reconquista decide muchas veces una espera de largo tiempo, en el que se mantienen firme en la decisión de un cambio e incluso en la negación de una realidad.
- Vencer o morir: cuando ya parece finalizar el ciclo, los pensamientos en base a la infancia retoman enseñanzas de seguir en la lucha, intentan la manera de no darse por vencidos, consideran que estas acciones son justas y valiosas para llevar a cabo la reconquista; la persona en cada intento, se humilla y el rechazo confirma la lucha errónea lleva al sujeto a cometer cosas por amor, sin tomar conciencia del invento que manejan del profesar amor, por ejemplo, el amor doblega, crea humillaciones y si hay descuido, acaban con ellos. Sin embargo, mientras pasa el tiempo y el abandono se hace evidente, la autoestima disminuye. Algo importante, se necesitan dos personas que quieran quererse. Para quienes son dependientes, esto es verdaderamente una falta de disposición de libertad y una lucha desgarradora, que deja muchas secuelas.

### **1.1.7 Tratamiento**

Noriega (2013) explica que, al renunciar a la dependencia, es necesario llevar a cabo un proceso de psicoterapia que facilite la limpieza emocional del adulto, el ignorar al niño y trabajar con las creencias de los antepasados en el estado de yo padre. La mayoría de las personas logran hacerlo ellas mismas, pero no suele ser frecuente puesto que la persona suele autoengañarse de una manera

inconsciente en base a los mecanismos de defensa. No hay que dejar por un lado los posibles cambios que pueden resultar amenazantes para la persona, más en situaciones adversas y despierta diferentes resistencias. A pesar de la utilidad que maneja, actualmente existen partes que ya no suelen funcionar de la misma manera que antes, por el contrario, esto impide el desarrollo del potencial y la posibilidad de establecer nuevas redes de apoyo basadas en la confianza, amor y protección para una mejor calidad de vida. Es más, es de mayor importancia establecer una relación de confianza y cooperación con un terapeuta especializado que facilite el aceptarse así mismo e impulsar la acción de un cambio necesario para un crecimiento personal.

Armas, (2010) menciona que generalmente cuando se habla de dependencia emocional, se piensa directamente en adicciones a las drogas o al alcohol. Sin embargo, la dependencia puede ser con respecto a otra persona y no por ello deja de ser fuerte y poco manejable en la mayoría de las ocasiones. Muchas veces, se encuentran ataduras de los sujetos en la toma de decisiones, por lo que la persona no se encuentra en una total libertad para actuar. Al no sentir libertad, la persona suele tener pensamientos dependientes, aunque el punto de apego ya no esté, estos individuos no son capaces de tomar las riendas de la vida propia y salir adelante; pierden la idea de ser individual y pensar que el otro sujeto no puede vivir sin ellos, es más estas dependencias pueden ser amorosas, amistosas, familiares, profesionales, entre otras. Por ello se proponen las siguientes técnicas para mejorar las relaciones intrapersonales e interpersonales.

- Rompe lazos: tiene como objetivo romper los lazos que atan a la persona con otras, empezar a sentir libertad y seguridad en sí mismo; esta técnica se realiza a través de la programación neurolingüística ya que romperá toda atadura mental que hacen vivir a la persona sujeto a otra, al lograr una conversión en responsabilidad y seguridad en establecer conexiones, por ejemplo: mediante una visualización guiada se le pide a la persona que imagine una cuerda y la suelta.
- Cómo despejar el camino: el fin es crear una percepción en la persona, en base a las capacidades que tiene para construir un propio camino, por ejemplo: enlistar con la persona las capacidades que ve y como va a afrontar solo/a el diario vivir.
- Intercambio de símbolos: busca cambiar de manera interna el uso de símbolos para que la mente tenga comprensión sobre la falta de necesidad de una dependencia. Esta técnica se inicia con la elaboración de un símbolo mediante la imaginación, es de mucha importancia dejar que el pensamiento fluya con el ensueño; la proyección de la mente debe ser correcta en los símbolos a través del lenguaje consciente e inconsciente, por ejemplo: se le indica a la persona

que elija una imagen o símbolo que represente las ventajas de continuar y no recaer con el punto de apego que ha liberado.

## **1.2 Depresión**

### **1.2.1 Definición**

APA (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, se manifiesta que los trastornos depresivos están divididos en la desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias y/o medicamentos, el trastorno depresivo debido a otras afecciones médicas, otro trastorno especificado y el no especificado. Una característica común de todos los trastornos mencionados es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, suele estar acompañado de cambios cognitivos y somáticos, tienden a afectar de manera significativa la capacidad funcional del sujeto. La diferencia entre ellos es la duración, la exposición temporal o la etiología.

Pérez y Noguerras (2013) explican que la depresión es una gama de sentimientos que experimentan las personas, del más triste al más insatisfecho. Dentro de este conjunto de emociones, el desánimo, la tristeza y la desesperación son exposiciones normales. Sin embargo, las disminuciones en el estado de ánimo no deben ser confundidas con las de una persona deprimida; la depresión es una enfermedad, similar a la diabetes o una úlcera en el estómago, pero con otro enfoque de salud integral. Los sentimientos se presentan de manera casi continua durante el período mayor a dos semanas, además causan malestar significativo en uno o varios ámbitos de la vida diaria, como dificultad o imposibilidad de realizar las actividades cotidianas.

### **1.2.2 Epidemiología del trastorno depresivo**

Zarragoitía (2014) explica que desde hace varios años las investigaciones epidemiológicas han alertado sobre las características que definen el trastorno. Los estudios realizados en varios países diferentes han estimado la depresión en cifras que oscilan entre 2.9 y 15.5%, lo que puede indicar una variabilidad en los criterios diagnósticos. La depresión es quizá la menos reconocida y no tratada de las enfermedades médicas, no diagnosticada y los costos son mayores que en cualquier otra enfermedad sin incluir las enfermedades cardiovasculares. Por ello, los investigadores la

denominan la gran epidemia silente. En los estudios en atención primaria se establece que es infradiagnosticada en un porcentaje de 31%, aunque varios han reportado un porcentaje de 50%; es más, dentro del 5 y 8% de la población puede presentarse, pero puede estar comórbida con otras enfermedades médicas y/o psiquiátricas que llega a un 25 y 30%.

Hoy en día, esta enfermedad ocupa el cuarto lugar dentro las enfermedades incapacitantes y se cree que ocupará el segundo lugar en el año 2020. Es la primera causa incapacitante dentro de los trastornos mentales. En un estudio realizado con 339 personas: 157 hombres y 182 mujeres, se encontró un predominio parecido de este trastorno. La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, y ha sido diagnosticada en alrededor del 40% de los pacientes que asisten a una consulta psiquiátrica. Como se mencionó anteriormente, es la causa principal de incapacidad y el cuarto factor que contribuye de manera significativa la carga global de enfermedades; cabe mencionar que la mayoría de las depresiones permanece sin tener un diagnóstico y por consecuencia, no es tratada.

Una gran parte de los pacientes asisten con quejas inespecíficas al médico de cabecera familiar, y se encuentra sobre una posición idónea para diagnosticar y en algunos casos brindar un tratamiento de la depresión. Sin embargo, por ello se puede crear un subregistro. Existe una incidencia entre el 6 y 8% de consultantes mayores de 15 años dentro de la población general que sufre depresión, por ende, la tasa de prevalencia vacila entre el 20 y 25% de la población general que puede sufrir una depresión en algún cierto tiempo. Es más, La Organización Mundial de la Salud, estima que este trastorno, de manera internacional, es la principal causa de incapacidad en las personas de mediana edad, sobre todo en las mujeres de todos los grupos de edades.

Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. (2013) señalan a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) que el 9.2% de los mexicanos, sufrieron de un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión sucede con mayor frecuencia entre las mujeres al ser un 10.4% mientras que en los hombres es el 5.4%. Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor durante su vida y más del 6% durante el año anterior. Es más, los trastornos depresivos producen importantes niveles de

discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales, sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden interferir en la capacidad de una persona para realizar las actividades diarias, provoca un gran deterioro de sus funciones normales y calidad de vida. El último análisis realizado en México muestra que la depresión causa más discapacidad que otras enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedades respiratorias, cardiopatías o artritis). Por tanto, en términos de años de vida ajustados por discapacidad, la depresión se considera una de las principales causas de carga de morbilidad.

### **1.2.3 Curso evolutivo de la depresión**

Oliván, Montón, Magallón, y López (2011) definen los síntomas de un episodio depresivo mayor y el desarrollo a lo largo del tiempo. Es importante destacar que antes de que se inicie un episodio de depresión mayor completo, puede existir un período prodrómico con síntomas de ansiedad y depresivos leves, que pueden tener una duración de semanas o incluso meses. El tiempo del episodio depresivo mayor es variable, la duración media es de 16 semanas. El curso de este trastorno en un único episodio es mejor pronóstico que la depresión recidivante y la persistente. Sin embargo, los parámetros del curso pueden ser desfavorables al crear la pobreza funcional y el neuroticismo. El seguimiento del curso natural de la enfermedad, sugieren a través de los estudios que, después de un año del diagnóstico el 40% de los individuos pueden presentar aún algunos síntomas provocados por la suficiente gravedad para cumplir los criterios del episodio depresivo mayor. Además, cerca del 20% manifiesta de manera continua algunos síntomas que no cumplen completamente con los criterios de un depresivo mayor.

En una cantidad considerable de casos, algunos son insuficientes para cumplir los criterios y persiste meses o incluso años, y pueden estar asociados a la incapacidad o malestar. Se presenta el fenómeno de la remisión, relacionada con la gravedad del episodio depresivo. Los pacientes no tienen una remisión completa de los síntomas y suelen tener episodios de depresión mayor más continua, un curso más crónico, comorbilidad física y psíquica, disfunción social, mayores cortes sociales y económicos. Está dividida por la remisión parcial, definida como la parte predicadora de un patrón parecido para episodios posteriores, al tener mayor probabilidad de presentar otros episodios y continuar con el patrón de una recuperación parcial interepisódica. Y por último las recidivas, sugieren a través de los datos, que los pacientes tienen más posibilidad de presentar otros

episodios depresivos mayores, al tener una pésima recuperación interepisódica y será necesario un tratamiento intenso en la fase aguda, así como tener un largo tratamiento continuo para alcanzar y manejar un estado eutímico completo y de larga duración.

#### **1.2.4 Tipos de depresión**

APA (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, menciona que la depresión se clasifica en el trastorno depresivo mayor el cual se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas, implican cambios claros en el afecto, las funciones neurovegetativas, cognición y remisiones interepisódicas. Por otro lado, el trastorno depresivo persistente, tiene como rasgo principal la duración durante el día o al menos dos años, se describe como un estado de ánimo por los suelos. También cabe mencionar, el trastorno disfórico premenstrual que se expresa a través de la labilidad afectiva, síntomas de ansiedad y disforia, se presenta de modo continuo durante la fase premenstrual del ciclo y remite alrededor del inicio de la menstruación. El trastorno depresivo se puede desarrollar durante el consumo, inhalación o inyección de sustancias capaces de producir un trastorno de esta rama, tiende a provocar que los síntomas depresivos perduren más tiempo de lo esperado en los efectos fisiológicos o en el período de abstinencia. Por último, la peculiaridad del trastorno depresivo debido a una afección médica es un lapso de tiempo persistente e importante del estado de ánimo deprimido, o una notable disminución del interés o placer en las actividades, está relacionado con los efectos fisiológicos directos determinados por un clínico de medicina general.

Molina y Arraz (2010) mencionan diferentes tipos de depresión como la depresión reactiva, endógena, distimia, trastorno bipolar, trastorno afectivo estacional, depresión primaria o secundaria y psicótica. Sin embargo, no todas las formas en las que se experimenta malestar son semejantes, muchas veces aquello que se cree como tristeza intrínseca "normal" de vivir, puede ser incluso uno de los varios tipos de depresión que existen, aunque sean de gravedad variada son las más frecuentes:

- Depresión reactiva: suele ser respuesta de una situación estresante, tiene una intensidad leve o moderada y no tiene mucha duración. Muchas veces, no se necesita algún tratamiento farmacológico, sino apoyo emocional, pero el factor estresante puede crear una depresión grave en las personas con una predisposición a sufrirla.

- Depresión endógena o unipolar: los síntomas no se presentan tras una situación estresante e interviene en la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y en actividades placenteras; es más, puede ocurrir una vez o varias veces a lo largo de la vida. Suele presentar intensidad moderada o grave y necesitará tratamiento antidepresivo.
- Distimia: es un tipo de depresión de menor gravedad, tiene síntomas crónicos a largo plazo, pero interfieren con el bienestar del sujeto y el funcionamiento. Además, pueden padecer episodios graves en algún momento.
- Trastorno bipolar antes denominado maniaco-depresivo: no es tan frecuente como los depresivos, sin embargo, se caracteriza por el cambio de ánimo, con fases de ánimo eufórico y de ánimo bajo.
- Trastorno afectivo estacional: es la depresión que sucede en la misma temporada del año.
- Depresión primaria: no está asociada por una enfermedad física o psiquiátrica, se da por el consumo de medicamento o alguna sustancia.
- Depresión secundaria: provocada por una enfermedad física o psiquiátrica por el consumo de medicamentos o drogas.
- Depresión psicótica: además de los síntomas habituales de una depresión, pueden existir delirios y alucinaciones.

### **1.2.5 Síntomas**

Preston (2016) explica que algunos individuos experimentan un sólo episodio de depresión, tienen recuperación y nunca vuelven a sufrir síntomas, sin embargo, es probable que exista una repetición aproximadamente dos tercios de las grandes depresiones. Se detallan síntomas psicológicos como la tristeza, baja autoestima, apatía, problemas interpersonales, pensamientos negativos desde la culpa hasta el suicidio. Los físicos como trastornos del sueño, trastornos del apetito, anhedonia y fatiga, y otros factores que afectan la gravedad y el estado de la persona:

#### **a) Síntomas psicológicos de la depresión**

- Tristeza y desesperación: está relacionado con otros sentimientos de vacío, tristeza, decepción, aflicción, pesadez y dolor de corazón, el cambio principal en el estado de ánimo da inicio con la irritabilidad y frustración.

- Baja autoestima: incluye sentimientos de incapacidad, inutilidad, autoodio y autodesconfianza. Por lo general, estas personas valoran a otros más que a sí mismos y difieren de la orientación y decisiones de los demás.
- Apatía: es la falta significativa de motivación para realizar actividades, se da un aislamiento social, disminución o restricción de algunas cosas cotidianas.
- Problemas interpersonales: pueden manejar incomodidad o incompetencia alrededor de otros sujetos o experimentan un alto sentimiento de soledad.
- Sentimientos de culpa: es un conjunto de sentimientos acompañado de arrepentimiento, remordimiento o creencias de ser mala persona, esto promueve una emoción destructiva y dolorosa.
- Pensamiento negativo: las distorsiones o errores en el pensamiento se determinan en casi todos los tipos de depresión, a medida que se desarrolla los pensamientos y percepciones se convierten extremadamente negativas y pesimistas.
- Pensamientos suicidas: son muy comunes, las ideas suicidas reflejan una visión de un futuro pesimista excesivo y desesperanza.

#### b) Síntomas biológicos de la depresión

- Trastornos del sueño: pueden darse una serie de cambios en el ciclo de sueño como: la dificultad para conciliar el sueño, el despertar precoz, el insomnio medio, la hipersomnia y la mala calidad del sueño.
- Trastorno del apetito: aumento excesivo o pérdida de apetito con el peso correspondiente.
- Pérdida del deseo sexual: se produce sobre una base física y se da en personas que tienen relaciones amorosas felices.
- Fatiga y disminución de energía: puede considerarse como un síntoma primario o secundario de la alteración del sueño.
- Incapacidad de experimentar placer: también llamada como anhedonia, se experimenta como una pérdida de entusiasmo por la vida, puede reflejar un mal funcionamiento químico en ciertas partes del sistema nervioso.
- Cambios hormonales: se destaca la disminución en la hormona de crecimiento, que contribuye en la osteoporosis y aumento de cortisol, factores que pueden poner en aumento el riesgo de una enfermedad cardiovascular.

- Antecedentes: el historial familiar suele ser un indicador de relevancia para la depresión biológica.
- c) Otros síntomas de depresión
- Falta de concentración y mala memoria: la depresión y el estrés pueden ser las causas más significativas en una memoria pobre y dificultad de concentración.
  - Hipocondría: la preocupación excesiva de la salud ante la prueba física de no presentar ninguna enfermedad.
  - Abuso de drogas y alcohol: como intento de calmar el dolor, como resultado de la depresión.
  - Sensibilidad emocional excesiva: es una abrumadora e intensa oleada de sentimientos acompañada de frustración.
  - Cambios de humor: los individuos vacilan entre la depresión y la euforia inapropiada.
  - Ansiedad: alrededor del 70% de las personas con depresión sufren síntomas de ansiedad, que pueden aparecer manera continua o brotes repentinos.
  - Ataques de pánico: son episodios intensos y repetitivos de grave sufrimiento emocional y físico que se caracteriza por medio de taquicardia, desmayos, mareos, dificultad para respirar, miedo a morir, hormigueo en manos y pies, dolor de pecho y sentimientos de perder el control. En la siguiente tabla se enlista los síntomas de manera concreta:

**Tabla núm. 2**  
**Síntomas de depresión**

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	SÍNTOMAS FÍSICOS	OTROS SÍNTOMAS
Tristeza y desesperación	Trastorno de sueño	Falta de concentración
Baja autoestima	Trastorno del apetito	Hipocondría
Apatía	Pérdida del deseo sexual	Abuso de Drogas
Problemas interpersonales	Fatiga y poca de energía	Sensibilidad excesiva
Sentimiento de culpa	Anhedonia	Cambios de humor
Pensamiento negativo	Cambios hormonales	Ansiedad
Pensamiento suicida	Antecedentes	Ataques de pánico

Fuente: elaboración propia con base a Preston (2016), pp. 33-39.

APA (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, explica que la depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, hay una

disminución de interés o placer por las actividades, además provoca una baja significativa o posible aumento de peso, esto se acompaña de insomnio o hipersomnia casi todos los días, maneja inquietud o enlentecimiento, es más, existe una pérdida de energía que conlleva sentimientos de culpa o inutilidad excesiva, la mayoría de veces hay dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Sin embargo, es notable por los pensamientos recurrentes de muerte. Estos malestares pueden provocar una alteración significativa o deterioro en los diferentes ámbitos de la vida, no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una afección médica o de una sustancia.

APAL (2012) según la guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico, GLADP-VR, menciona que el paciente sufre un decaimiento del ánimo que varía cada día, es discordante a las circunstancias y puede estar acompañado de los llamados síntomas “somáticos” desde el punto de vista melancólico, dichos como la anhedonia, la alteración del sueño, la marcada dificultad de concentración, movimiento y apetito. El episodio depresivo puede estar calificado como leve, moderado y grave, el cual depende de la intensidad y gravedad de los síntomas, esto incluye episodios únicos de depresión psicógena, reactiva y reacción depresiva, se excluye cuando se asocia con otro trastorno de conducta, de adaptación o trastorno depresivo recurrente.

### **1.2.6 Enfermedades asociadas a la depresión**

Montesó (2015) explica que la depresión tiene un fuerte impacto en la familia y en la sociedad y sobre pasa los costes directos afines con el uso de los servicios de salud. Este trastorno afecta el rendimiento laboral de manera significativa. En los últimos años se ha demostrado que existen algunas enfermedades físicas que pueden acompañar o provocar problemas mentales: tales como los accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedad de Parkinson, accidentes cardiovasculares y trastornos hormonales. El individuo que se encuentra enfermo y deprimido se caracteriza por ser apático y sin deseos de realizar actividades y satisfacer las necesidades físicas, lo que provoca una prolongación del período de tratamiento. Es más, la pérdida de un ser querido, los problemas interpersonales, económicos o sociales o cualquier situación estresante puede propiciar episodios depresivos.

Las consecuencias de este trastorno no se limitan específicamente en empeorar la salud cardíaca o aumentar el riesgo de suicidio, sino que se enfrenta a un importante problema de salud pública,

que está relacionado con una alta tasa de mortalidad similar a la de tabaco. La depresión se presenta más frecuentemente en adultos diagnosticados con diabetes que en la población general. Un conocimiento de importancia es el que relaciona el trastorno con un factor de riesgo de enfermedad física; este efecto podría causar los trastornos del humor en enfermedades físicas. Es más, algunos estudios creen que los síntomas somáticos son equivalentes a psiquiátricos. En las últimas décadas, las depresiones monopolares y la depresión enmascarada se han vuelto más habituales y se han mantenido con la frecuencia de las bipolares.

Por otro lado, se consideró los aspectos subjetivos y normativos de género como aspectos subyacentes a la enfermedad mental y la relación particular con la depresión en las mujeres; en ambos casos se incorporan los elementos que conllevan la noción de problemas orgánicos como causa o criterio de la enfermedad mental, que a la vez se recupera la complejidad de los concluyentes. Dio Bleichmar (mencionado por Montesó, 2015) explica que la enfermedad depresiva es dos veces más usual en mujeres por lo que ha generado muchas explicaciones asociadas a los ciclos biológicos, como el síndrome premenstrual o el postparto, la menopausia y climaterio.

### **1.2.7 Tratamiento**

Pérez y Nogueras (2013) mencionan que actualmente existen muchos tratamientos efectivos para el trastorno de depresión, sin embargo, muchos individuos que la sufren clínicamente no buscan ayuda por muchos factores como: vergüenza, falta de reconocimiento o ignorancia. Es importante buscar tratamiento para este trastorno porque, es tratable, el tratamiento minimiza el dolor y el sufrimiento que provoca la depresión, al igual que otra enfermedad médica mientras más se demora el tratamiento, más difícil será la recuperación. Al buscar ayuda puede evitarse que la gravedad de la depresión se intensifique, además el tratamiento puede prevenir consecuencias graves principalmente el suicidio y aunque puede ser de utilidad probar varios tratamientos es inevitable encontrar uno efectivo.

La depresión es una enfermedad que tiene diferentes causas, no basta con la voluntad para actuar sobre la enfermedad, el tratamiento es absolutamente necesario; ya que la necesidad de recuperación es una idea difícil de afrontar no sólo por razones culturales o psicológicas sino que

por motivos relacionados con efectos de la depresión y a menudo por la tendencia de pensar que es preferible salir por cuenta propia o la búsqueda de un tratamiento aunque se refleje como una debilidad o una victoria, incluso el aceptar ayuda predispone la renuncia a cualquier lucha personal o dignidad. Se hace énfasis en el tratamiento ya que está basado en una alianza entre el paciente y terapeuta; se determina un plan a seguir para mantener informado al paciente sobre la naturaleza, el curso, la posible atención y las consultas del trastorno. El aceptar un tratamiento no significa que la participación sea pasiva, sino que la curación del trastorno requiere un compromiso e implicación por parte del terapeuta y paciente.

Álvarez, *et.al* (2014) explican que hace dos décadas ha aumentado el interés por crear diferentes modelos de atención. Entre los factores de relevancia de este trastorno esta como una depresión crónica, incapacitante y tiene la necesidad de promover enfoques asistenciales entre una atención primaria y especializada. La eficacia de los diversos modelos se divide en modelos más prometedores y de mayor aporte, psicoterapias adecuadas al estado del paciente y tratamiento farmacológico por la gravedad de esté.

a) Tratamiento psicoterapéutico

- Terapia cognitivo-conductual: desarrollada por A.T. Beck y oficializada en los años 70 enfocada para aplicarla en depresión. La intervención se centra en la modificación conductual disfuncional, pensamientos negativos con distorsión en situaciones específicas y actitudes desadaptativas afines con depresión. La terapia cognitiva está basada en la conciencia plena, adopta un formato estructurado, es limitada de tiempo y con enfoque en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos.
- Activación conductual: es una terapia estructurada y breve, emplea diferentes técnicas conductuales con el fin de lograr que el paciente depresivo aprenda a organizar la vida y cambiar el entorno para la recuperación de un reforzamiento positivo.
- Terapia de solución de problemas: terapia estructurada y limitada en tiempo, se enfoca en mejorar las estrategias de afrontamiento y el progreso de conductas para enfrentar problemas específicos.
- Terapia que incluye a la pareja: es una intervención que tiene como fin ayudar a entender a los partícipes, la interacción con otros y el mantenimiento de los síntomas, por ello intenta cambiar la naturaleza de las interacciones con el objetivo de conseguir relaciones asentadas en el apoyo

y la reducción del nivel de problemas. Sin embargo, no es un tratamiento directamente desarrollado para el tratamiento de la depresión.

- Terapia interpersonal: terapia centrada en las relaciones actuales y procesos interpersonales, tiene como objetivo reducir los síntomas mediante la resolución o el afrontamiento de los conflictos.
  - Counselling: desarrollado por Carl Rogers, actualmente se ha convertido en un término más genérico que encierra diversas intervenciones, con el objetivo de dotar a las personas con habilidades que le permitan descubrir y explorar formas de bienestar.
  - Terapia psicodinámica breve: proviene del modelo psicodinámico/psicoanalítico, donde el terapeuta y el paciente indagan en los conflictos actuales y pasados del paciente; se centra directamente en la interpretación y trabajo sobre ellos.
  - Otras intervenciones psicoterapéuticas: suelen incluirse a este grupo la intervención cognitiva-conductual computarizada, la autoayuda tutelada y prevención de recaídas.
- b) Tratamiento farmacológico: los antidepresivos derivan de los fármacos dirigidos a los síntomas afines a la depresión, además existen diferentes tipos en estructura química y el mecanismo de acción. Los antidepresivos clásicos están compuestos por: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) no selectivos, inhibidores de la monoaminoxidasa selectivo (MAO-A), heterocíclicos y tricíclicos; los fármacos de nueva generación esta divididos en inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN), inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRSN), antagonistas de los receptores serotoninérgicos (ASIR) , antagonistas selectivas de serotonina y noradrenalina (NASSA), inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA) y agonista melatoninérgico.

La eficiencia del tratamiento está documentada, pero, existe una controversia cuanto más graves son los síntomas de depresión más ayuda produce el tratamiento de fármacos. Los antidepresivos clásicos pueden exteriorizar efectos secundarios mal tolerados por el paciente, mientras que los de nueva generación son más prescritos. Respecto a las interacciones, las farmacodinamias se distinguen por la alteración del efecto de un fármaco, en cambio las interacciones farmacocinéticas de los antidepresivos se producen por una inhibición de enzimas en el sistema citocromo hepático.

Se recomienda al momento de elegir un antidepresivo que exista la menor interferencia con el metabolismo de otros fármacos, principalmente en pacientes polimedicados.

En conclusión, la dependencia emocional se define como un estado psicológico que se caracteriza por la necesidad excesiva de afecto en diferentes tipos de relación, y a sí mismo, la depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por la tristeza recurrente y poca energía para realizar actividades y rutinas en el diario vivir. El daño que suponen a las personas es considerable, por ende, se busca avalar un cambio, sustentado en teoría, que logre generar conciencia para mejorar la calidad de vida de las mujeres, al impulsarlas a vivir, existir y trascender. Además, esto permitirá que sean personas que gocen de un trato digno al convivir con otros seres humanos, al vivir una transformación dentro de los hogares y cambio en la sociedad.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dependencia emocional se define como una condición psicológica presente en las relaciones de pareja que crea un estado de insatisfacción, tristeza o inseguridad, principalmente ante la ausencia de la otra persona. En la actualidad la dependencia emocional es una condición psicológica o vínculo formado entre dos o más personas, que crea un estado de insatisfacción, tristeza o inseguridad ante la ausencia del victimario. Se puede apreciar mayormente en parejas, en cualquier etapa de la relación donde una de las dos personas en la relación abusa del amor y confianza que la otra persona le brinda y la otra, por miedo a perder a la pareja al rechazo o por costumbre, busca mantener la relación, el resultado de esto es el desarrollo de una dependencia emocional por parte de la víctima.

Además, la depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede clasificarse en niveles, leve, moderada o grave. La depresión puede desencadenar una serie de conductas que son dañinas tanto para el afectado como para terceros: la familia, amigos o compañeros. Pueden convertirse en una disociación del ambiente real como la psicosis, la paranoia y distanciamiento del círculo social del afectado al tener pensamientos suicidas, trastornos alimenticios, entre otros. Para muchas mujeres el concepto de una relación de pareja se fundamenta en confianza, comunicación, apoyo, atención, entre otras cosas. Se encuentra basado en un falso mito de amor romántico donde se fomenta el sacrificio y sufrimiento para conseguir aquello que satisfaga las necesidades, por lo cual permanecen infelices e incompletas, incluso ese falso mito lanza ideas sobre la confianza plena en el otro, y pensamientos de estar con una persona en la que hay que confiar completamente y debe saber todo el uno del otro, lo que conlleva a un estado de paranoia y sobre control que conduce a celos y una alta desconfianza. Muchas veces estos comportamientos pueden generar un grado de violencia acompañado de episodios de tristeza intensa dentro de la relación, por las razones anteriores, es de mucha importancia llevar a cabo este estudio.

Según el Instituto Nacional de Estadística Guatemalteca los grupos de edad más frágiles son las mujeres de 20 a 29 años, con un 31.5% de las víctimas y las niñas y adolescentes de entre 10 a 19 años, con el 10.2%. Sin embargo, en el municipio de Quetzaltenango, se registró el 47.5% de

mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, al sufrir violencia principalmente psicológica, lo que se origina, muchas veces, en la dependencia, lo que provoca en las víctimas, depresión. 2,307 mujeres fueron agraviadas en el año 2017. Por ello se constituye la Oficina Municipal de la Mujer, enfocada en la atención psicológica y jurídica. Las mujeres acuden a esta institución para buscar orientación y apoyo, ya que aquí se promueve y asegura la formación y cuidados de las mujeres.

La violencia intrafamiliar, como reflejo de la dependencia e incluso de la depresión que sufren o han sufrido estas mujeres desemboca en una conducta que va en contra del bienestar de ellas mismas y que transgrede normas sociales necesarias para una convivencia sana, este comportamiento no sólo afecta a las víctimas directas, sino que también atenta contra el bienestar de terceros. Ante la problemática anterior, se ha decidido plantear la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de dependencia emocional y depresión que sufren las mujeres universitarias de la ciudad de Quetzaltenango?

## **2.1 Objetivos**

### **2.1.1 General.**

Determinar el nivel de dependencia emocional y depresión que sufren las mujeres universitarias de Quetzaltenango.

### **2.1.2 Específicos**

- Identificar el nivel de dependencia emocional que manejan las mujeres universitarias.
- Establecer la presencia de los diferentes factores que inciden en la dependencia emocional.
- Establecer el nivel de depresión que presentan los sujetos.
- Analizar el factor de depresión con mayor prevalencia presente en los sujetos.

## **2.2 Variables o elementos de estudio**

- Dependencia emocional
- Depresión

## **2.3 Definición de las variables de estudio**

### **2.3.1 Definición conceptual de las variables**

#### Dependencia emocional

Medina, Moreno, Lillo y Guija (2016) explican que “dependiente” es aquella persona que no puede valerse por sí misma, y que la dependencia implica siempre una necesidad de ayuda o asistencia para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. Tienen también en cuenta el esquema conceptual de la OMS, en donde establece una sustitución del término “dependencia” por “déficit de funcionamiento”, los autores definen la dependencia emocional como un proceso que tiene inicio en un déficit estructural ya sea físico o psíquico de la persona que sufre una limitación en las actividades personales y sociales, si no es compensada por el propio esfuerzo. Lleva a una restricción notable en la participación sociocultural, por ello busca la ayuda de otro para compensar y estabilizar la acción en el contexto que vive. La dependencia emocional es un trastorno que aumenta progresivamente en las personas, causado por las limitaciones que se desarrollan debido al miedo al abandono que experimentan en las relaciones.

#### Depresión

OMS (2020) explica que la depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente, dificulta sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En la forma más grave, puede conducir al suicidio, si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional, es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria.

### **2.3.2 Definición operacional de las variables**

Para medir la variable la Dependencia Emocional se realizará a través del instrumento de codependencia (ICOD) desarrollada por la Dra. Gloria Noriega Cayol, cuyo objetivo fundamental es evaluar la dependencia emocional de una persona en el contexto de relación de pareja. ICOD tiene una aplicación individual o colectiva, de 15 a 20 minutos de resolución, esta prueba puede ser aplicable a personas en un rango de 18 a 65 años de edad, está conformado por 30 reactivos y

posee 4 factores en un cuestionario práctico que incluye: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional, orientación rescatadora, de fácil aplicación, corrección e interpretación.

Para medir la variable Depresión, se utilizó el Inventario de Beck, escrita por Aaron T. Beck y Robert A. Steer. Destinado para medir la gravedad de depresión o encontrar en cuál de los factores y/o escalas se encuentra mayor afección. La administración es a partir de los 16 años, el tiempo que tarda la administración regularmente es de 15 a 20 minutos, aunque varía según las capacidades de cada sujeto, puede hacerse una administración individual y colectiva. Las escalas de validez son; tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso del pasado, pérdida del placer, sentimientos de culpa, retraimiento social, sentimientos negativos de sí mismo, actitud crítica hacia sí mismo, pensamiento o deseos de suicidio, llanto, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambio en hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, fatiga y pérdida de interés por el sexo.

#### **2.4 Alcances y límites**

La investigación busca establecer el nivel de dependencia emocional y depresión en mujeres comprendidas entre las edades de 20 a 30 años, universitarias, estudiantes de diferentes centros de estudio superior, que residen en la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala. Sin discriminar religión, etnia o situación socioeconómica.

#### **2.5 Aporte**

Es importante tomar en cuenta el aporte que genera esta investigación a Guatemala como una fuente de información y conocimiento para una perspectiva diferente sobre dependencia y depresión, a la vez poder ofrecer una guía para las mujeres guatemaltecas que sufren alguna de estas variables.

Para Quetzaltenango, se le ofrece un análisis de la incidencia que en la ciudad presenta la dependencia emocional y depresión, en mujeres universitarias, situaciones que pueden llegar a ser problemas sociales y foco de atención.

A las mujeres en general, se les ofrece la posibilidad de conocimiento e identificación de un problema que muchas padecen y otras, pueden llegar a padecer.

Para la Universidad Rafael Landívar, especialmente para las mujeres que en ella se forman, este es un documento que invita a la reflexión sobre la atención que se debe poner al tema de la dependencia emocional y depresión.

Para la facultad de Humanidades, se aporta un documento de importancia para futuras investigaciones.

Para los profesionales de la psicología, este estudio abre una posibilidad no siempre considerada de la depresión como consecuencia de la dependencia emocional.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1 Sujetos**

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 40 mujeres comprendidas entre las edades de 20 a 30 años; que habitan en el área urbana de la ciudad de Quetzaltenango, pertenecen a la etnia ladina e indígena de nacionalidad guatemalteca, los sujetos tienen escolaridad universitaria en diversas universidades dentro del perímetro Quetzalteco. Poseen diversas creencias religiosas, con diferente estatus económico, provenientes de diferentes municipios del departamento.

#### **3.2 Instrumentos**

Para fines de esta investigación, la recolección de datos de Dependencia Emocional se realizó a través del instrumento de codependencia (ICOD) desarrollada por la Dra. Gloria Noriega Cayol, cuyo objetivo fundamental es evaluar la dependencia emocional de una persona en el contexto de relación de pareja. Adicional, la prueba permitirá identificar la prevalencia de codependencia que demuestran las mujeres y describir los factores asociados a este caso. A partir de ello, se elaboró un plan de intervención específico al tomar en consideración los factores de la prueba. ICOD tiene una aplicación individual o colectiva, de 15 a 20 minutos de resolución, esta prueba puede ser aplicable a personas en un rango de 18 a 65 años de edad, está conformado por 30 reactivos y posee 4 factores en un cuestionario práctico que incluye: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional, orientación rescatadora, de fácil aplicación, corrección e interpretación basada en la escala percentilar de 1 a 99, al poseer un valor promedio en el percentil 50.

Para medir la variable Depresión, se utilizó el inventario de depresión de Beck realizado por Aaron Beck, para la obtención de datos cuantificables, tiene aplicación individual y colectiva. Se realiza en un tiempo promedio de 15 a 20 minutos, a partir de los 16 años. Este inventario permite determinar el grado de depresión que maneja la persona, medir la gravedad de depresión o encontrar en cuál de los factores y/o escalas se encuentra mayor afección. Considera los siguientes aspectos: tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso del pasado, pérdida del placer, sentimientos de culpa, retraimiento social, sentimientos negativos de sí mismo, actitud crítica hacia sí mismo, pensamiento o deseos de suicidio, llanto, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambio en hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de

concentración, fatiga y pérdida de interés por el sexo. Está compuesto por 21 ítems elaborados para evaluar los correspondientes síntomas del diagnóstico a través de un cuestionario práctico, fácil de administrar y corregir. Este instrumento es único en el diagnóstico primario y expresa desde un nivel bajo hasta una perturbación crítica de la patología. No presenta ninguna dificultad al momento de administrarlo, se requiere de un lapso entre 5 y 10 minutos para la realización, los pacientes con depresión severa o trastornos obsesivos requieren mayor tiempo. Las puntuaciones se determinan mediante la suma de las elecciones de los 21 ítems, cada uno es evaluado en una escala de cuatro puntos de 0 a 3, la puntuación máxima es 63.

### **3.3 Procedimiento**

- Selección de temas: se eligió el tema de acuerdo con los intereses del investigador.
- Elaboración y aprobación del sumario: se presentaron dos temas para elección, posteriormente se seleccionó uno para dicha investigación.
- Aprobación del tema a investigar: a partir de la elaboración del perfil de investigación y aprobación de las autoridades.
- Investigación de antecedentes: se realizó por medio de consultas a revistas, periódicos, tesis, la utilización de blogs psicológicos certificados, entre otros.
- Elaboración del índice: en base a las dos variables de estudio.
- Realización de marco teórico: a través de lectura de libros científicos, utilización de internet para libros en digital.
- Planteamiento del problema: enfocado a los estudios del marco teórico y problemática observada.
- Elaboración del método: basado en el tipo de investigación, diseño y metodología.
- Revisión del marco teórico
- Aplicación de pruebas a los sujetos de investigación.
- Elaboración del trabajo estadístico.
- Redacción del análisis de resultados.
- Redacción de la discusión.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Referencias: de acuerdo con normas APA.

- Resumen: síntesis de las variables e instrumentos a utilizar.
- Revisión del índice.

### **3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística**

Borda (2016) expone el enfoque cuantitativo como la indagación que brinda una explicación de hechos que estudia una investigación, es decir, da respuesta al porqué del problema o los fenómenos del estudio. En la búsqueda emplea la construcción de herramientas que permitan la medición de las variables, la aplicación del método científico con toda la firmeza, utilización de datos numéricos, procesos estadísticos para el análisis y explicación de la generalización o inferencia estadística de los resultados.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) explica que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Únicamente pretende plantear un problema de estudio concreto, construir un marco teórico, recolectar datos, analizar con métodos estadísticos, ser objetiva con un patrón predecible y estructurado, generalizar resultados que pretende predecir y confirmar el problema, y utilizar estándares de confiabilidad y validez.

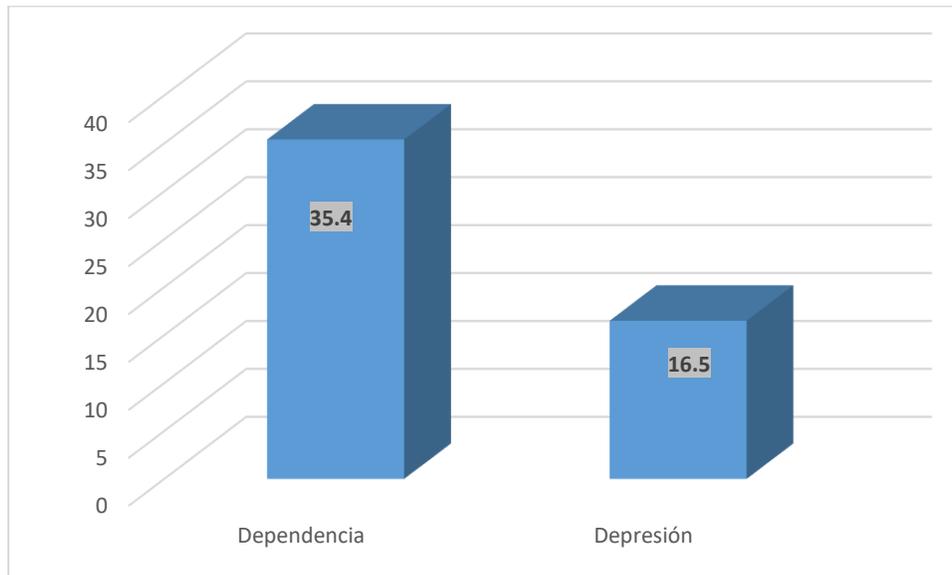
Lima (2016) plantea que las medidas de tendencia central son valores que expresan la tendencia de los datos a concentrarse alrededor de un valor central. Las principales medidas de tendencia central están divididas en: moda, como el valor que se repite frecuentemente en una serie de datos. La mediana, en estadística es una de las medidas de centralización, es decir al colocar todos los valores en orden creciente, la mediana es aquella que ocupa la posición central. Es más, es un valor que divide en dos partes la distribución, al dejar bajo de ella un primer 50% y arriba de ella el segundo 50% de los mismos. Y por último la media aritmética es el valor representativo de un grupo de datos.

#### IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo con 40 mujeres universitarias, entre las edades de 20 a 30 años que residen en Quetzaltenango. Para lo cual se aplicó la prueba ICOD (cuyo objetivo es evaluar la dependencia emocional) e Inventario de Beck (con el objetivo de evaluar el grado de depresión).

**Gráfica núm. 4.1**

Comparación de las variables a través de las medias

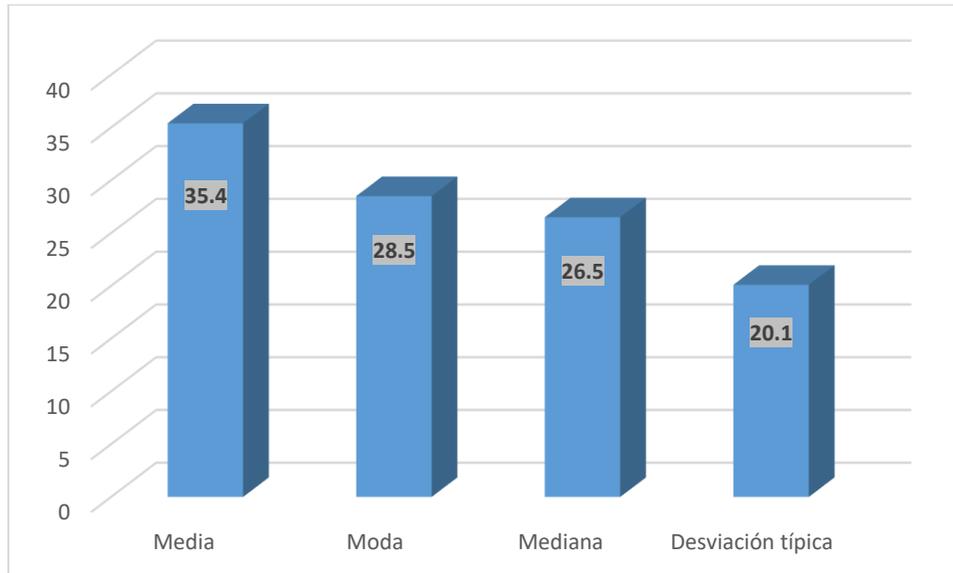


Fuente: trabajo de campo (2020)

Al comparar la media aritmética de la variable dependencia emocional 35.4 con la media aritmética la variable depresión 16.5 se observa una diferencia de 18.9 en los resultados obtenido de los sujetos de estudio, se utiliza los 40 datos como el 100 por ciento de la población. Por lo que se cumple el objetivo general, determinar el nivel de dependencia emocional y depresión en las mujeres universitarias entre las edades de 20 a 30 años que residen en Quetzaltenango.

### Gráfica núm. 4.2

#### Dependencia Emocional

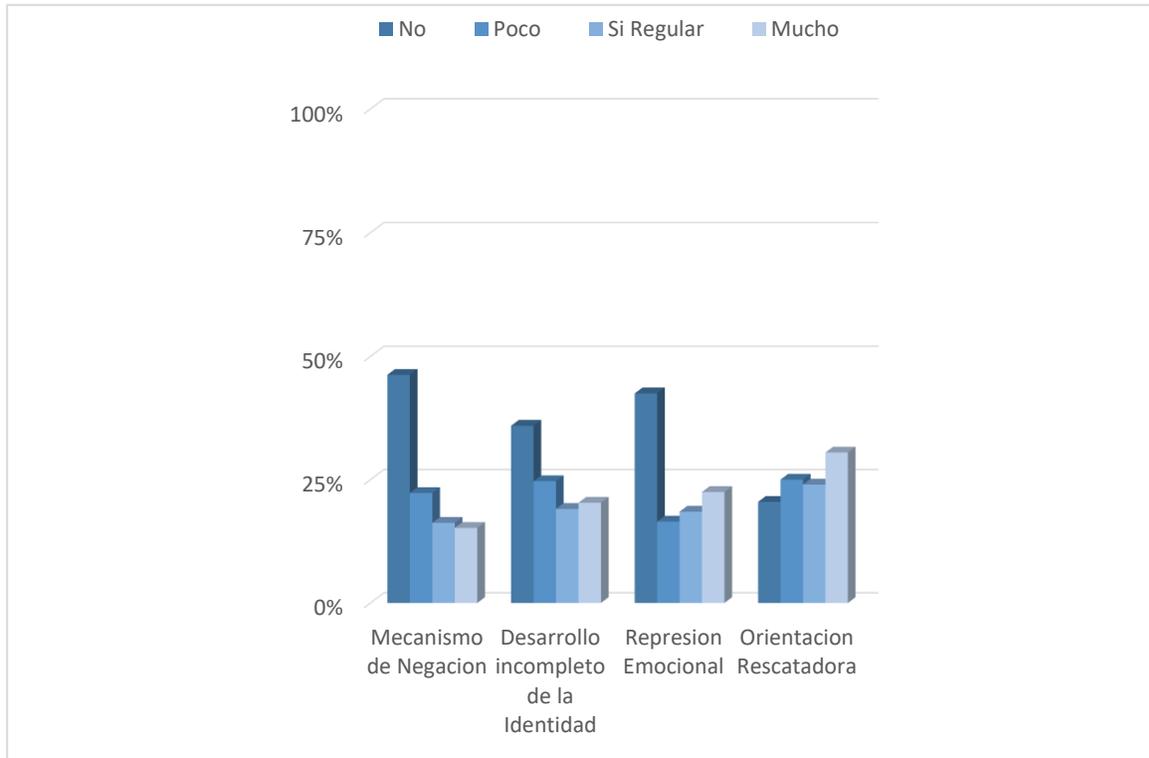


Fuente: trabajo de campo (2020)

Al dividir por variable los estadísticos realizados, se puede observar como el valor de la dependencia emocional es representado por el 35.4, con una moda interpolada de 28.5, una mediana de 26.1 y una desviación típica de 20.1 que representa la unidad de mujeres que sufren o han sufrido dependencia emocional de las 40 evaluadas. Por lo que se cumple con el objetivo específico de determinar el nivel de dependencia emocional que manejan las mujeres universitarias.

**Gráfica núm. 4.3**

**Factores que inciden en la Dependencia Emocional**

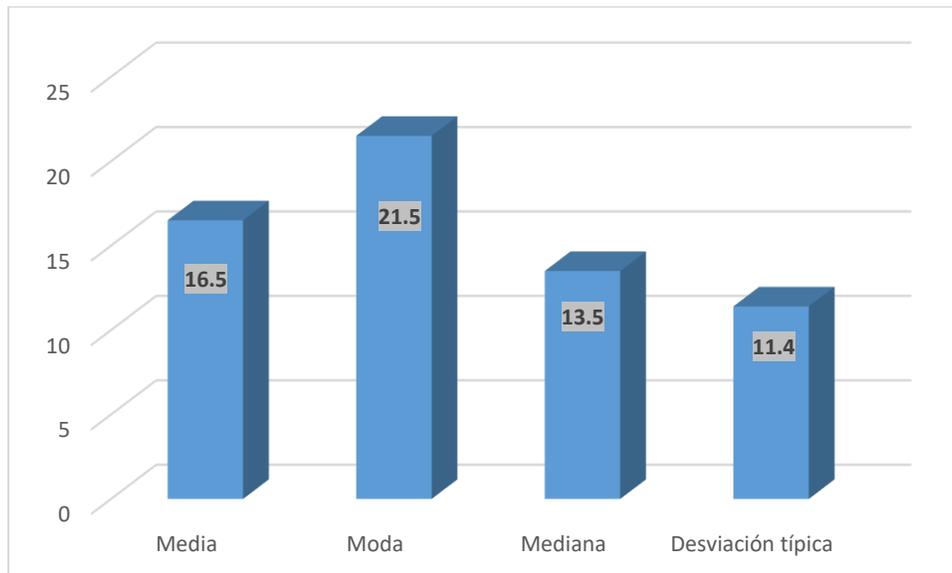


Fuente: trabajo de campo (2020)

Se explica esta gráfica, basada en la prueba ICOD (inventario de codependencia emocional) demuestra que se cumple el objetivo específico que pide establecer la presencia de los diferentes factores que inciden en la dependencia emocional. Al tener un estadístico que evaluó cada factor respondido por las evaluadas, se pudo determinar que el 39% de las mujeres no realizan o aceptan las opciones de dependencia emocional, el 22% representa a las mujeres que pocas veces comenten una de las acciones que menciona la prueba, el 19% de las mujeres si actúan y aceptan varios aspectos de dependencia emocional, y por último el 20% figura a las mujeres que muchas veces y siempre realizan y aceptan cualquier acción de dependencia emocional ya sea por parte de la pareja hacia ellas o de ellas hacia la pareja.

**Gráfica núm. 4.4**

Depresión

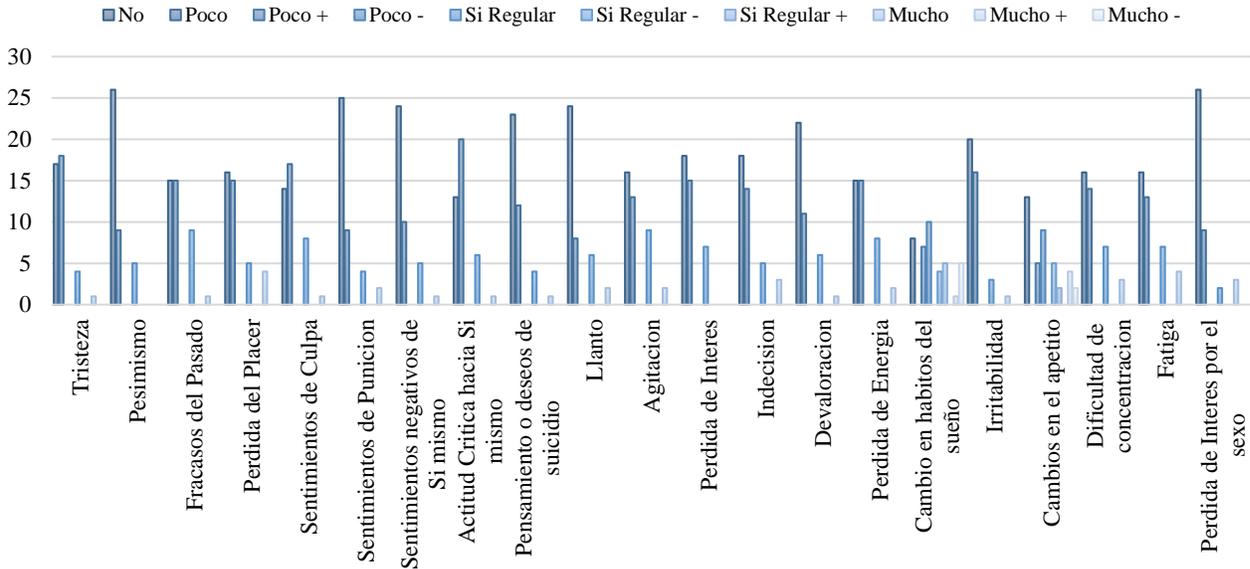


Fuente: trabajo de campo (2020)

En la gráfica se puede observar como el valor de la depresión es representado por el 16.5, con una moda interpolada de 21.5, una mediana de 13.5 y una desviación típica de 11.4 que representa la unidad de mujeres que sufren o han sufrido estados de ánimo deprimido o episodios de depresión de las 40 evaluadas. Lo que cumple con el objetivo específico de determinar el nivel de depresión que manejan las mujeres universitarias.

### Gráfica núm. 4.5

#### Factores que inciden en la depresión



Fuente: trabajo de campo (2020)

Se explica en la gráfica, basada en la prueba IDB (inventario de depresión de Beck), el cumplimiento de establecer la presencia de los diferentes factores que inciden en la depresión. Al tener un estadístico que evaluó cada factor respondido por las evaluadas, dividido en diferentes tipos de respuestas estandarizadas por la prueba, se pudo determinar que el 46% de las mujeres no realizan o tienen pensamientos adaptados a la depresión, el 33% representa a las mujeres que pocas veces cometen una de las acciones que menciona la prueba ya sea pocas veces no o pocas veces si, el 15% de las mujeres si actúan e identifican varios aspectos de depresión al ser positivos o negativos es decir, si afecta de manera dañina o benéfica, y por último el 6% figura a las mujeres que muchas veces y siempre actúan e identifican cualquier acción o pensamiento que destaca en la depresión.

## V. DISCUSIÓN

Se realizó el presente estudio para determinar la existencia de las características de dependencia emocional en mujeres universitarias que residen en la ciudad de Quetzaltenango, para Riso (2014) la dependencia emocional es un estado psicológico de la persona en donde manifiesta ansiedad ante la idea del abandono, un estado donde la persona se dispone a soportar todo tipo de abusos con el objetivo de evitar una posible pérdida. Además, explica que es una manera de soterrar la vida, al volverse un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el autorrespeto y la personalidad es obsequiada irracionalmente al abusador o dominante. Sin embargo, estos miedos irracionales provocan en la persona diferentes reacciones o actitudes, donde no existe criterio propio de lo que sucede sino al contrario, existe una alta tasa de sumisión, aceptación y negación a los actos del par, lo que induce a diferentes estados de ánimo, principalmente la tristeza y decaimiento.

Los resultados generales evidencian que las mujeres universitarias, con base en el total de casos, tienen un grado de dependencia emocional moderado. Con respecto a los factores e indicadores: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional, y orientación rescatadora. Los hallazgos indicaron que, al tener rasgos de dependencia emocional moderado, las mujeres universitarias tienden a puntuar alto en orientación rescatadora por miedo al abandono, con lo que se comprobó el objetivo específico de determinar el factor que tiene mayor incidencia en la dependencia emocional.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Castello (2012) donde la soledad es entendida como quedar sin pareja, lo que provoca en los dependientes una necesidad de agrandar para representar una validación externa, es decir, el valor no se lo otorgan ellos mismos, sino que la persona de la que esperan aprobación. Comprobado a la vez por Psica (2018) quien explicó que la persona muestra una excesiva necesidad de apoyo, debido a la baja confianza que posee en sí misma. Esto provoca y conlleva una necesidad de aprobación constante por parte de los demás, debido a lo cual, el comportamiento tenderá a ser amable, sumisa y dará prioridad en la mayoría de los casos, a terceros antes que a sí misma.

Con respecto a los factores de mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad y represión emocional, los sujetos de la muestra demostraron tener mayor represión emocional seguido de la falta de un desarrollo completo de identidad, donde estos factores forman parte de causas de la dependencia emocional que para Castello (2012) se explican como carencias afectivas, sobreprotección devaluadora, hostilidad, malos tratos y utilización afectiva egoísta. Lo que provoca una disminución de la autoestima, desemboca en una anulación total de los actos y estados de ánimo como la tristeza y decaimiento. Igualmente, los resultados hallados por Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos (2018) determinan que el dependiente emocional experimenta desórdenes afectivos representados como sentimientos negativos, entre ellos la soledad, tristeza, desánimo, culpa y vacío emocional adyacente a deseos de autodestrucción emocional.

En la misma línea del trabajo de campo, se estableció el objetivo para determinar el grado de depresión en mujeres universitarias, con el total de resultados obtenidos en la muestra, se demostró un nivel leve de depresión. Explican Pérez y Noguerras (2013) que la depresión es una gama de sentimientos que experimentan las personas que va del más triste al más insatisfecho. Dentro de este universo de emociones se destaca el desánimo, la tristeza y la desesperación.

Los resultados demostraron que en las mujeres evaluadas, el cambio de sueño y el cambio de apetito son los indicadores o factores que tienen mayor incidencia para en el estado depresivo e insatisfecho la mayor parte del tiempo, lo que comprueba el estudio de Preston (2016) quién determinó los síntomas biológicos de la depresión con los siguientes criterios: trastornos del sueño, trastorno del apetito: aumento excesivo o pérdida de apetito, pérdida del deseo sexual, fatiga y disminución de energía, anhedonia, cambios hormonales y antecedentes. Así mismo, Dio Bleichmar (mencionado por Montesó, 2015) confirma que la enfermedad depresiva tiene mayor prevalencia en mujeres, lo que ha generado muchas explicaciones asociadas a los ciclos biológicos. Es importante mencionar que mientras se realizaba el trabajo de campo, la humanidad en general vivía un entorno atípico creado por la pandemia de COVID-19, factor que podría haber causado algún grado de sesgo en los resultados obtenidos. Sin embargo, en los resultados se pudo determinar peculiaridades de una depresión reactiva, lo que confirmó en una gran parte el estudio de Molina y Arraz (2010) quienes mencionan diferentes tipos de depresión como la depresión reactiva que es creada por un estresor del entorno, además se destaca la depresión endógena,

distimia, trastorno bipolar, trastorno afectivo estacional, depresión primaria o secundaria y psicótica.

Por otro lado, el factor que tiene mayor incidencia en la dependencia emocional, la orientación rescatadora que es definida por la aprobación de otros y provoca un estado de ánimo triste al no recibir lo que esperan, el estudio de Alonso (2017) comprueba a través de sus hallazgos que las personas con depresión se sienten peor cuando no obtienen una recompensa que esperaban conseguir.

De esta forma, el nivel de autonomía e independencia que pueden causar las mujeres universitarias puede reflejarse para apoyar su desarrollo personal y profesional alejándose de la dependencia emocional y empoderándolas para acercarse a un sentido de realización personal. Ser capaces de elegir, establecer relaciones sociales y emocionales satisfactorias y establecer normas para mejorar la calidad de vida, como la aceptación, el amor propio y el autocuidado.

## VI. CONCLUSIONES

- Las mujeres universitarias que residen en la ciudad de Quetzaltenango presentan rasgos de dependencia emocional moderada, ya que muchas de ellas manejan un cierto grado de negación ante lo que sucede en sus relaciones interpersonales y tratan la manera de satisfacer las necesidades de los demás antes que las propias.
- Las mujeres evaluadas en el trabajo de campo presentan rasgos de depresión leve, lo cual debido al entorno atípico creado por la pandemia COVID- 19, puede variar en relación con las respuestas obtenidas.
- Las mujeres universitarias, con respecto al factor de orientación rescatadora obtuvieron un resultado alto. Esto refleja que en las mujeres universitarias este factor es el que más incide en la dependencia emocional, ya que buscan la manera de obtener un buen concepto a través de sus acciones de complacencia hacia los demás.
- Con respecto a los factores de cambios de sueño y cambios de apetito obtuvieron un resultado alto principalmente en los cambios de apetito. Lo que refleja que en las mujeres universitarias este factor es el que más incide en la depresión, lo que puede provocar un aumento de pensamientos negativos, incluso una mala alimentación y cuidado de la salud integral.
- En las mujeres evaluadas, la dependencia emocional tiene un grado más elevado que la depresión, a pesar del entorno atípico (producido por la pandemia COVID-19) que se vive en este tiempo, se destacan muchas características que pueden repercutir más adelante y ser un aspecto clínicamente significativo, que necesiten una atención profesional y cuidado de estas.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Proveer información sobre dependencia emocional por medio de talleres, foros, webinarios, folletos o proyectos, para mayor conocimiento del tema y así evitar una posible dependencia emocional hacia alguien más o un objeto y crear mayor autonomía en ellas.
- Promover en las universidades investigaciones, que puedan brindar la información necesaria y clara para una mayor introspección en las mujeres y evaluar si existen cambios o discrepancias con respecto al tema, que abarquen el antes y el entorno atípico vivido en estos tiempos.
- Fomentar y motivar a las mujeres para acudir a terapia psicológica si se identifican los factores o rasgos de dependencia emocional para evitar la patología de personalidad dependiente.
- Acudir a tiempo a terapia psicológica y a la vez, a la atención médica para un mayor control de estos factores y los cambios que provocan como consecuencia de la depresión, para mantener una salud integral adecuada y sana.
- Formar a los futuros profesionales de la psicología para que en el momento que se presente un caso de esta índole, puedan resolverlo y brindar el tratamiento adecuado.

## VIII. REFERENCIAS

- Aiquipa, J. (2015) Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Psicológica*, vol. 33, núm. 2. p.p 416-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337839590007.pdf>.
- Alonso. A. (2017). Depresión: 8 datos que han aportado nuevas investigaciones. *PSYCIENCIA*. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/depresion-8-nuevas-investigaciones/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (5ª ed)*. España: editorial Medica Panamericana.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, 2012). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR)*. Lima, Perú: APAL Sección de diagnóstico y clasificación
- Álvarez. M, Merino. G, Ávila. M, González. A, Rodríguez. D, Heras. E, Louro. A, Rodríguez-Arias. J, Triñanes. Y, Casal. B, Castro. M, Fernández. M, Gómez. E, Palao. D, Rial. A, Aragonés. E, Arbesu. J, Berrios. G, Bugarín. R, Calderón. C, Carballal. M, Estupiñá. F, Fernández. J, Gavino. A, González. M, Lahera. G, León. R, López. G, Losada. C, Madueño. A, Olivares. J, Olives. A, Portela. M, Sardiña. J, Senra. C, Serrano. M, Teixido. M, Urrtavizcaya. M y Vázquez. F, (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia, España: editorial Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t, Recuperado de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Armas, L (2010). *Manual de técnicas de PNL*. México: Saíz de estrategias PNL.
- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. (2013) *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. México: Salud Publica.
- Borda, M (2016). *El proceso de Investigación. Barranquilla*. Colombia: Universidad del Norte. Recuperado de: [https://es.scribd.com/read/379853637/El-proceso-de-investigacion#r\\_search-menu\\_913129](https://es.scribd.com/read/379853637/El-proceso-de-investigacion#r_search-menu_913129)
- Castello, J. (2012). *La superación de la Dependencia Emocional*. España: Corona Borealis. Recuperado de: [https://www.academia.edu/12464314/La\\_Superaci%C3%B3n\\_de\\_la\\_Dependencia\\_Emocional](https://www.academia.edu/12464314/La_Superaci%C3%B3n_de_la_Dependencia_Emocional)
- Guerrero, S. (2014). *Depresión en mujeres de 35 a 50 años estudio realizado en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhuleu* (Tesis de licenciatura) Universidad Rafael

- Landívar, Campus de Quetzaltenango. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>
- Hernández, I. (2013). *Infidelidad matrimonial y depresión en la mujer estudio realizado en pastoral de la mujer en la diócesis de San Marcos, en la ciudad de San Marcos*. (Tesis de licenciatura) Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/24/Hernandez-Iliana.pdf>
- Hernández, Baptista y Fernández. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.). México D.F: McGRAW-HILL. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- INE. (2017). *Estadísticas de Violencia en contra de la Mujer 2017*. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. Guatemala. Recuperado de: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2018/11/30/2018113081722emO14nj4jr5XWfNPqRNeFnEgRtxtdjJf.pdf>
- Lima, G. (2016). *Metodología de Investigación*. Quetzaltenango, Guatemala: Copimax.
- Medina, A. Moreno, J. Lillo, R. y Guija, J. (2016). *La dependencia emocional: aspectos jurídicos y psiquiátricos*. Baleares. España: edición FEPSM. Recuperado de: [https://fepsm.org/files/publicaciones/La\\_dependencia\\_emocional-Aspectos\\_jur%C3%ADdicos\\_y\\_psiquiaticos.pdf](https://fepsm.org/files/publicaciones/La_dependencia_emocional-Aspectos_jur%C3%ADdicos_y_psiquiaticos.pdf)
- Minsalud. (2017). Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, ciudad Bogotá, Colombia. Boletín *Nuevo País*. no. 1, marzo, p.p 2-3. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Molina, L y Arraz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: editorial Amat, S.L.
- Montesó, M (2015) *La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Tarragona: publicaciones URV, Arola Editors, S.L. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/276269839\\_La\\_depresion\\_en\\_las\\_mujeres\\_una\\_aproximacion\\_multidisciplinar\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_de\\_genero](https://www.researchgate.net/publication/276269839_La_depresion_en_las_mujeres_una_aproximacion_multidisciplinar_desde_la_perspectiva_de_genero)
- Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja*. México, D.F: El Manual Moderno S.A de C.V recuperado de:

- [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LIBROElGuiondeCodependencia.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROElGuiondeCodependencia.pdf)
- Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja, diagnóstico y tratamiento*. México: El Manual Moderno S.A de C.V Recuperado de: [https://www.academia.edu/40428179/LIBROEl\\_Guionde\\_Codependencia](https://www.academia.edu/40428179/LIBROEl_Guionde_Codependencia)
- Oliván, B. Montón, C. Magallón, R. y López, Y. (2011). *Plantándole cara a la depresión ¿cómo prevenirla y superarla?* Barcelona España: Erasmus Ediciones,
- Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2020). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pérez, J. y Nogueras, V. (2013). *Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad*. Sevilla, España: editorial Servicio Andaluz de Salud, Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
- Psica. (2018). *¿Qué es la dependencia emocional?* Madrid, España: MundoPsicólogos. Recuperado de <https://www.mundopsicologos.com/articulos/que-es-la-dependencia-emocional>
- Pinto, B. (2012). *Psicología del amor: el amor en la pareja. Psicología del amor* La Paz, Bolivia: publicación del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/256791293\\_Psicologia\\_del\\_amor](https://www.researchgate.net/publication/256791293_Psicologia_del_amor)
- Preston, J. (2016). *Tú puedes superar la depresión*. Madrid, España: Obelisco, S.L.
- Riso, W. (2013). *Para vencer la dependencia emocional*. Barcelona, España: Phronesis SAS. Recuperado de: [http://www.instituto-integra.com/wp-content/uploads/2017/05/guia\\_practica\\_para\\_vencer\\_la\\_dependencia.pdf](http://www.instituto-integra.com/wp-content/uploads/2017/05/guia_practica_para_vencer_la_dependencia.pdf)
- Riso, W. (2014). *¿Amar o depender?* Barcelona, España: Planeta, S.A
- Riso, W. (2015). *Desapegarse sin anestesia*. Barcelona, España: Planeta, S.A. Recuperado de: [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/30/29393\\_Desapegarse\\_sin\\_anestesia.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29393_Desapegarse_sin_anestesia.pdf)
- Riso, W. (2015). *Manual para no morir de amor*. Barcelona, España: Planeta, S.A Recuperado de: [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/30/29395\\_Manual\\_para\\_no\\_morir\\_de\\_amor.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/30/29395_Manual_para_no_morir_de_amor.pdf)

- Rodríguez, A. (2018). *Codependencia y ansiedad en mujeres de 22 años en adelante, integrantes de la dirección municipal en la alcaldía de Panajachel, Sololá* (tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/22/Rodriguez-Ana.pdf>
- Salguero, K. (2016). *Rasgos de dependencia emocional de mujeres entre 16 a 36 años o más, estudiantes de Licenciaturas psicología clínica y psicología industrial de la Universidad Rafael Landívar* (tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Salguero-Karen.pdf>
- Villa, M, Sirvent, C, Ovejero, A, Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia psicológica*, Vol. 36, N.º 3, 156–166. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v36n3/0718-4808-terpsicol-36-03-0156.pdf>
- Vindel, A, Salguero, J, Wood, C, Dongil, E y Latorre, J. (2012) La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento *Papeles del Psicólogo*. Vol. 33, núm. 1 p.p 2-11. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2030.pdf>
- Zarragoitía, A. (2011) *Depresión generalidades y particularidades*. Habana, Cuba: Ciencias Médicas, la Recuperado de: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depression-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1



## PROPUESTA “SOLO ELLA”



### PROYECTO DE AUTOAYUDA CONTRA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

#### **Introducción**

El ser humano es una persona integral, formada de emociones, raciocinio e instinto de supervivencia, la conexión emocional y el sentimiento de aceptación y aprobación son fuertes. La necesidad es una parte importante del conocimiento personal, se refleja en la forma en que manejan los eventos diarios y su interacción con las parejas. En la actualidad, la dependencia emocional es una condición psicológica o conexión que se forma entre dos o más personas. La niñez es trascendental en el desarrollo de este contexto, algunas personas lo encuentran muy tentador, incluso atractivo, el comportamiento hostil y agresivo de los dominantes, porque lo interpretan como un signo de poder y no lo reconocen como debilidad y falta de capacidad de pensamiento.

En esta relación, la tendencia dominante se aumentará gradualmente y enterrará el carácter sumergido de otra persona emocionalmente dependiente, lo que conducirá a una disminución de la autoestima que elimina completamente los comportamientos y pensamientos del abusado, lo que creará frustración en la relación interpersonal de la pareja. Se manifiesta en cualquier etapa de la relación, una persona abusa del amor y la confianza que la otra parte da entre sí y a los demás para evitar perder, sentir rechazo o la falta de costumbre de la pareja, al tratar de mantener esta relación, el resultado es la victimización y el desarrollo de la dependencia emocional completa de la persona.

#### **Justificación**

La propuesta nace en la experiencia obtenida en el Centro Landivariano de Psicología, tras atender a diferentes consultantes con problemas de dependencia. Por ello, este proyecto tiene como objetivo principal brindar información y aplicar técnicas de diferentes corrientes psicológicas que influyan en el tratamiento de la dependencia emocional en las mujeres

universitarias, para que cuenten con los recursos emocionales necesarios que les permita crear un empoderamiento adecuado basado en la valoración de ser mujer y así mejorar su calidad de vida, se tomará en cuenta las teorías y antecedentes obtenidos de autores citados en el marco teórico de la tesis, se busca que generen recursos para simbolizar su vida y así llegar a una motivación digna y humana.

## **Objetivo**

### **Objetivo general**

Determinar si el proyecto “**solo ella**” brinda la información y herramientas indicadas para el tratamiento de la dependencia emocional.

### **Objetivos específicos**

- Evaluar la existencia de rasgos de personalidad dependiente en las mujeres universitarias.
- Implementar técnicas de diferentes corrientes psicológicas para disminuir sus rasgos de dependencia emocional.
- Comprobar la efectividad de las técnicas, después de la intervención con las mujeres universitarias.

Se presentará el cronograma, plan del taller y las actividades programadas con los sujetos de investigación, se brindarán los detalles necesarios para desarrollar los temas mencionados. La lista de verificación o cotejo a utilizar podrá evaluar la actitud, la colaboración, la participación valiosa, la puntualidad, la responsabilidad, el cuidado personal, la comunicación, las relaciones interpersonales, la calidad del trabajo, el esfuerzo, la disposición para controlar la calidad de cada reunión de trabajo y observar la importancia del desarrollo de los participantes y aceptación en el proceso técnico de introspección.



Sesión	Tema	Nombre del taller	Objetivo principal
1	Modulo I "Solo ella"	Bienvenida e introducción	Crear un entorno de trabajo seguro y saludable para las participantes.
2	Modulo II ¿Qué es la dependencia emocional? Y sus causas	"He aquí el dilema"	Basado en la experiencia de las participantes, presentar el tema de una manera experimental.
3	Modulo III Quien es la mujer y que rol cumple actualmente	"El valor de ser mujer"	Fomentar el valor de ser mujer y comenzar el empoderamiento de cada una de ellas en base a la introspección.
4	Modulo IV Técnicas para romper lazos, recuerdos y vínculos	"Desapegarse sin anestesia"	Utilizar la técnica de musicoterapia y PNL, para romper todo aquello que aún les daña.
5	Modulo V Técnicas para aprender a perdonar y liberar	"Libérate de las ataduras y despeja tu camino"	En base a sus cualidades y atributos, liberar toda atadura que sientan y expresarlas a través de la Programación Neurolingüística, eliminar todo obstáculo que evita el empoderamiento.
6	Modulo VI Psicoeducación y técnicas para el autocuidado y autoestima	"Enamórate de ti"	Brindar la información sobre el autocuidado y aumentar la autoestima mediante el arte terapia, la técnica del espejo y afirmaciones positivas.
7	Cierre Crear kit de supervivencia y árbol de recuerdo	"Solo ella, sabe ser mariposa"	Compartir las experiencias obtenidas, y juntas crear un kit de supervivencia a la dependencia y un árbol de recuerdo, que motive a las mujeres participantes a salir adelante.

Licda. Fabiola Hurtado  
 Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
 Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016  
 Tiempo: 1 hora con 30 minutos  
 Modulo I: “Solo ella, bienvenida e introducción”.



<b>Tiempo</b>	<b>Modulo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividad</b>
<b>10</b>	Modulo I “Solo ella”	Bienvenida e introducción	Crear un entorno de trabajo seguro y saludable para las participantes a través de un compromiso de confidencialidad, además se ha de explicar de que constará el proyecto
<b>15</b>		Actividades rompehielos y dinámicas para crear un ambiente de confianza y amplitud	Dinámicas de terapia grupal, a través de un rally, finalizando con la realización de la prueba ICOD.
<b>35</b>		Invitación al autoconocimiento a través de las experiencias de las demás participantes	En una hoja de papel bond las participantes colocaran las experiencias que han tenido en base a un antecedente de dependencia emocional o donde se hayan sentido la necesidad de estar con alguien
<b>20</b>		Fomentar un círculo de apoyo y seguridad entre ellas mismas	Respiración 4x4  Visualización del lugar seguro  Anclaje con la naturaleza para fomentar seguridad y libertad
		Asignar tarea grupal	En base a la terapia ocupacional, dejar la búsqueda y cuidado de una plantita.

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Lana, prueba ICOD	Para la tela araña de presentación
Hojas y lápices	Autoconocimiento
Bocinas, música y espacio abierto.	Círculo de apoyo y seguridad
Libreta para recordatorios	Asignación de tarea

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Modulo II: ¿Qué es la dependencia emocional? Y sus causas, he aquí el dilema”

<b>Tiempo</b>	<b>Modulo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividad</b>
<b>10</b>	Modulo II “¿Qué es la dependencia emocional? y sus causas”	Retroalimentación del taller pasado	Presentación a las demás participantes. de las plantitas y los cuidados que le dieron.
<b>15</b>		Lo que sé, lo que creo que es y lo que mi compañera dice que es	Se colocarán en parejas y se les brindan 3 cuadritos de papel iris a cada una para que coloquen lo que conocen sobre el tema y crear la convivencia con las demás.
<b>35</b>		¿Qué es la dependencia emocional? ¿Cuáles son las causas?	Se les brindará un manual con toda la información necesaria para el conocimiento del tema y se dará la explicación de manera dinámica y participativa
<b>20</b>		Buzón de heridas	En grupo se creará un buzón para depositar todas las heridas que hayan adquirido anteriormente donde ellas consideren que sufrieron una dependencia emocional
		Se creará un plan de acción sobre el problema identificado Asignar tarea grupal	Realizar cartas curativas hacia las emociones y personas que les causaron ese daño.

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Marcadores y pizarras para el nombre	Presentación de plantitas
Cuadritos de papel iris y lápices	Lo que se, lo que creo que es...
Bocinas, música, espacio abierto, cartón y papel	Buzón de heridas
Libreta para recordatorios	Asignación de tarea

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Modulo III: “Quien es la mujer y que rol cumple actualmente? el valor de ser mujer”

Tiempo	Modulo	Contenido	Actividad
10	Modulo III “¿Quién es la mujer y que rol cumple actualmente?”	Retroalimentación del módulo pasado	Cada una depositara sus cartas dentro del buzón creado anteriormente.
15		La mujer en esta sociedad y en el nuevo siglo	Se les brinda una papelógrafo, revistas y periódico con el fin que entre todas realicen un collage donde representen el rol de la mujer, en este siglo.
35		Técnica de la Ronda	En círculo, cada una pasará frente a la otra diciéndole aspectos positivos, al ser lo primero que piense, hasta dar una vuelta completa.
20		¿Cómo ven que soy?	En base a la ronda, cada una se colocará una hoja de papel bond en la espalda y pasaran con cada una de sus compañeras para que se les coloque una cualidad que ven ella.
		Asignación de tarea grupal	Buscar una fotografía de ellas, que les guste más, enmarcarla, realizar algo simbólico y traerlo para el siguiente modulo.

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Papelógrafo, marcadores, tijeras, pegamento y recortes	La mujer en esta sociedad...
Bocinas, música y espacio abierto	La ronda
Hojas bond, marcadores y maskin tape.	¿Cómo ven que soy?
Libreta para recordatorios	Asignación de tarea

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante



Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Modulo IV: “Técnicas para romper lazos, recuerdos y vínculos, desapegarse sin anestesia”

Tiempo	Modulo	Contenido	Actividad
10	Modulo IV “Técnicas para romper lazos, recuerdos y vínculos”	Retroalimentación del módulo pasado	Se realizará un pequeño stand para colocar la fotografía de cada una y explicar en base al módulo anterior que valor de mujer tiene cada una
15		¿Qué es el romper lazos?	Se realizará una lluvia de ideas, representadas en papелitos cortados en forma de estrellas, donde cada una colocará lo que considera que es.
35		¿Y si rompemos los lazos?	Se les brindara un pedazo de lazo, donde cada una de las participantes tendrán que realizar nudos en base a los lazos que las atan. Y en base a la técnica de programación neurolingüística, se liberarán de todo lazo atado anteriormente.
20		Empieza el vuelo de la mariposa	A través de la técnica del abrazo de mariposa y video del circo de mariposas, crear un ambiente de apoyo, fortalecimiento y seguridad.
		Asignación de tarea grupal	Meditación para la noche y relajación Aplicación meditopia o mindfulness guiada y afirmaciones positivas

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Recortes de estrellas y lapiceros	¿Qué es el romper lazos?
Lazo cortado en pedacitos, bocinas y música	Técnica rompe lazos
Cañonera, pantalla, video, computadora	Mariposa
Libreta para recordatorios	Asignación de tarea

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016  
 Tiempo: 1 hora con 30 minutos.



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



Modulo V: “Técnicas para aprender a perdonar y liberar, libérate de las ataduras y despeja tu camino”

Tiempo	Modulo	Contenido	Actividad
10	Modulo V “Técnicas para aprender a perdonar y liberar”	Retroalimentación del módulo pasado	Plasmar en pequeños cuadritos de papel iris las afirmaciones positivas que más se repitieron.
15		¿Qué es el perdón? ¿Yo he perdonado?	En base a las experiencias se armará un solo concepto de la palabra perdón. Y se identificara quienes han sido perdonadas alguna vez y a quien tienen que perdonar
35		¿Y si compartimos el perdón?	En base a la programación neurolingüística se realizará la técnica de compartir el perdón, acompañada con la liberación y el centrar en el cuerpo.
20		Simbolización de la libertad y el perdón	Se le dará a cada participante dos globos de helio, donde cada una depositará el perdón en uno y la libertad del otro, mediante una visualización guiada se dará de manera simbólica la liberación del perdón.
		Asignación de tarea grupal	Traer una flor que les represente o con la que más se identifican y en una tarjetita colocar los cuidados que necesita

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Música, papelógrafo y marcadores	¿Qué es el perdón?
Bocinas, música, aromas.	¿Y si compartimos el perdón?
Globos y música.	Simbolización de libertad y perdón
Libreta para recordatorios	Asignación de tarea

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016



Tiempo: 1 hora con 30 minutos.

Modulo VI: “Psicoeducación y técnicas para el autocuidado y autoestima, enamórate de ti”.

<b>Tiempo</b>	<b>Modulo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividad</b>
<b>10</b>	Modulo VI Psicoeducación y técnicas para el autocuidado y autoestima	Retroalimentación del módulo pasado	Crear un corazón en el suelo con cada una de las flores elegidas por las participantes, exteriorizar el por qué creen que las identifica y como cuidan esa flor
<b>20</b>		Técnicas del autocuidado	Se harán dos grupos y se abrirá un pequeño debate de cuál es el autocuidado que debe tener la mujer, en base a su valor. Y se les brindara un folleto para el autocuidado.
<b>40</b>		Sé arte y mujer independiente	Se les brinda pequeños lienzos y acuarelas para que cada realice un autorretrato de ellas, y expresen lo que ellas representan en la vida y cada ámbito de su existir,
		Un cambio de look, cambio de perspectiva.	Se realizará un antes en el espejo, donde verán todo lo negativo de ellas. Se pedirá el apoyo a estudiantes de belleza para que con ayuda de ellas se realice un cambio de look, al terminar se acercarán nuevamente al espejo y cada una verá lo positivo y los cambios que ven ellas, tanto emocional como físico.
<b>10</b>		Prueba ICOD	Prueba ICOD

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Paletas de tiempo e inicio, folleto.	Debate del autocuidado
Lienzos, pinceles, acuarelas.	Se arte y mujer independiente
Espejos largos.	Cambio de look y perspectiva
Prueba ICOD	Prueba ICOD

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016  
 Tiempo: 1 hora con 30 minutos.  
 Módulo de cierre



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



Tiempo	Modulo	Contenido	Actividad
30	Cierre	Retroalimentación del módulo pasado	¿Cómo se han sentido últimamente?
		Un kit de supervivencia con recuerdos valiosos	Se le brindará a cada una, diferentes materiales para crear su recuerdo del proyecto, se les dará un par de fotografías instantáneas y un folleto con explicación de un kit de supervivencia para no recaer en una dependencia.
Refacción		Se les brindara una refacción sana y nutritiva.	
20		Entrega de informe de resultados diploma y círculo de experiencias	A cada una se les brindara un sobre manila con sus resultados y diferentes notas que se vayan notando en el proceso.
	Despedida	Se les brindará un broche o collar con representación de una mariposa, como símbolo de victoria y liberación de la dependencia emocional.	

<b>Materiales</b>	<b>Actividad</b>
Alfombras o almohadones	Todo el desarrollo de la actividad
Cámara, materiales y folleto	Kit de supervivencia
Comidita, jugos naturales.	Refacción
Sobres manila, con hojas y diploma	Entrega de informes y diplomas
Collar de recuerdo	Despedida.

Licda. Fabiola Hurtado  
Asesora de tesis

Ana Gabriela Quiroa Morales  
Estudiante

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016  
 Lista de cotejo no: \_\_\_\_\_



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



**Grupo de investigación.**

**Instrucciones**

De acuerdo con la actividad programada indique con una X el desempeño según las tres opciones.

Item	No satisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio
Actitud	Es indiferente	Participa	Participa y colabora
Calidad de las tareas	Elabora el mínimo en las actividades en casa	Cumple con un poco más en las actividades en casa	Dedica tiempo y esfuerzo a las tareas en casa
Colaboración	Es resistente o confrontativa	Participa en los ejercicios	Realiza con dinamismo y motivación los ejercicios
Comunicación	Se aparta del grupo	Socializa	Se integra y convive
Cuidado personal	No hay higiene	Mantiene lo básico de la higiene	Demuestras mucho interés en su cuidado personal
Participación valiosa	Comunica muy poco	Comunica y muestra un poco de apertura	Se abre al grupo
Relaciones interpersonales	Conflictiva y a la defensiva	Respetuosa y atenta	Amigable y comunicativa
Responsabilidad	No cumple con las actividades y tareas en casa	Cumple con las actividades y tareas en casa	Se esfuerza al realizar sus actividades y tareas en casa
Voluntad / Esfuerzo	Se presenta a los modulos	Se presenta y colabora en los modulos	Existe insight durante los ejercicios de cada modulo

Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango  
 Propuesta, Tesis II  
 Centro Landivariano de Psicología, Quetzaltenango  
 Ana Gabriela Quiroa Morales 1504016  
 Lista de cotejo no: \_\_\_\_\_



Universidad  
 Rafael Landívar  
 Tradición Jesuita en Guatemala



**Participante:**

<b>PUNTUALIDAD</b>	Llega tarde al módulo	Asiste en punto	Llega minutos antes
--------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

**Instrucciones**

De acuerdo con la actividad programada indique con una X el desempeño según las tres opciones.

<b>Item</b>	<b>No satisfactorio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Muy satisfactorio</b>
Actitud	Es indiferente	Participa	Participa y colabora
Calidad de las tareas	Elabora el mínimo en las actividades en casa	Cumple con un poco más en las actividades en casa	Dedica tiempo y esfuerzo a las tareas en casa
Colaboración	Es resistente o confrontativa	Participa en los ejercicios	Realiza con dinamismo y motivación los ejercicios
Comunicación	Se aparta del grupo	Socializa	Se integra y convive
Cuidado personal	No hay higiene	Mantiene lo básico de la higiene	Demuestras mucho interés en su cuidado personal
Participación valiosa	Comunica muy poco	Comunica y muestra un poco de apertura	Se abre al grupo
Relaciones interpersonales	Conflictiva y a la defensiva	Respetuosa y atenta	Amigable y comunicativa
Responsabilidad	No cumple con las actividades y tareas en casa	Cumple con las actividades y tareas en casa	Se esfuerza al realizar sus actividades y tareas en casa
Voluntad / Esfuerzo	Se presenta a los módulos	Se presenta y colabora en los módulos	Existe insight durante los ejercicios de cada modulo

LOGO REPRESENTATIVO DEL PROYECTO



ANEXO 2

PROCESOS ESTADISTICOS

DEPENDENCIA EMOCIONAL

$X_i = i = 12$	$f$	$F$	$Li$	$X_m$	$f * X_m$	$d^1$	$f * d^1$	$f * d^2$	
2-14	6	6	1.5	8	48	-3	-18	54	
15-26	9	15	14.5	20.5	184.5	-2	-18	36	
27-38	10	25	26.5	32.5	325	-1	-10	10	
39-50	5	30	38.5	42	210	0	-46	17	0
51-62	4	34	50.5	56.5	226	1	4	4	
63-74	5	39	62.5	68.5	342.5	2	10	20	
75-86	1	40	74.5	80.5	80.5	3	3	9	
					1416.5		-29	133	

1) MEDIA

$$x = \frac{\sum f * X_m}{N} =$$

$$x = \frac{1416.5}{40} = 35.4$$

2) MODA

$$Li + \left( \frac{(f > -fa)}{(f > -fa) + (f > -fp)} \right) i =$$

$$26.5 + \left( \frac{(10 - 9)}{(10 - 9) + (10 - 5)} \right) 12$$

$$26.5 + \left( \frac{(1)}{(1) + (5)} \right) 12$$

$$26.5 + \left( \frac{1}{6} \right) 12$$

$$26.5 + (0.16)12 = 28.5$$

3) MEDIANA

$$Md = Li + \left( \frac{\frac{N}{2} - fa}{f} \right) i =$$

$$Md = 38.5 + \left( \frac{\frac{40}{2} - 25}{5} \right) 12 =$$

$$Md = 38.5 + \left( \frac{20 - 25}{5} \right) 12 =$$

$$Md = 38.5 + \left( \frac{-5}{5} \right) 12 =$$

$$Md = 38.5 + (-1)12 = 26.5$$

4) DESVIACIÓN TÍPICA

$$o = \left( \sqrt{\left( \frac{\sum f * d^2}{N} \right) - \left( \frac{\sum f * d}{N} \right)^2} \right) i =$$

$$o = \left( \sqrt{\left( \frac{133}{40} \right) - \left( \frac{-29}{40} \right)^2} \right) 12 =$$

$$o = \left( \sqrt{(3.325) - (-0.525)^2} \right) 12 =$$

$$o = \left( \sqrt{(2.8)} \right) 12 = 20.1$$

<b>Factores</b>	<b>No</b>	<b>Poco</b>	<b>Si Regular</b>	<b>Mucho</b>	<b>Total</b>
Mecanismo de Negacion	222	107	78	73	480
Desarrollo incompleto de la Identidad	115	79	61	65	320
Represion Emocional	85	33	37	45	200
Orientacion Rescatadora	41	50	48	61	200
<b>Total</b>	<b>463</b>	<b>269</b>	<b>224</b>	<b>244</b>	<b>1200</b>

<b>No</b>	<b>Poco</b>	<b>Si Regular</b>	<b>Mucho</b>	<b>Total</b>
46%	22%	16%	15%	100%
36%	25%	19%	20%	100%
43%	17%	19%	23%	100%
21%	25%	24%	31%	100%
39%	22%	19%	20%	100%

## DEPRESIÓN

$X_i = i = 7$	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>Li</b>	<b>Xm</b>	<b>f * Xm</b>	<b>d<sup>1</sup></b>	<b>f * d<sup>1</sup></b>		<b>f * d<sup>2</sup></b>
0-7	11	11	-0.5	3.5	38.5	-3	-33		99
8-14	10	21	7.5	11	110	-2	-20		40
15-21	6	27	14.5	18	108	-1	-6		6
22-28	6	33	21.5	25	150	0	-59	11	0
29-35	2	37	28.5	32	128	1	4		4
36-42	2	39	35.5	39	78	2	4		8
43-49	1	40	42.5	46	46	3	3		9
					658.5		-48		166

1) MEDIA

$$x = \frac{\sum f * X_m}{N} =$$

$$x = \frac{658.5}{40} = 16.4$$

2) MODA

$$Li + \left( \frac{(f > -fa)}{(f > -fa) + (f > -fp)} \right) i =$$

$$14.5 + \left( \frac{(6 - 10)}{(6 - 10) + (6 - 6)} \right) 7$$

$$14.5 + \left( \frac{(-4)}{(-4) + (0)} \right) 7$$

$$14.5 + \left( \frac{-4}{-4} \right) 7$$

$$14.5 + 7 = 21.5$$

3) MEDIANA

$$Md = Li + \left( \frac{\frac{N}{2} - fa}{f} \right) i =$$

$$Md = 21.5 + \left( \frac{\frac{40}{2} - 27}{6} \right) 7 =$$

$$Md = 21.5 + \left( \frac{20 - 27}{6} \right) 7 =$$

$$Md = 21.5 + \left( \frac{-7}{6} \right) 7 =$$

$$Md = 21.5 + (-8) = 13.5$$

#### 4) DESVIACIÓN TÍPICA

$$o = \left( \sqrt{\left( \frac{\sum f * d^2}{N} \right) - \left( \frac{\sum f * d}{N} \right)^2} \right) i =$$

$$o = \left( \sqrt{\left( \frac{166}{40} \right) - \left( \frac{-48}{40} \right)^2} \right) 7 =$$

$$o = \left( \sqrt{(4.15) - (1.44)} \right) 7 =$$

$$o = \left( \sqrt{(2.71)} \right) 7 = 11.48$$

No.	Pregunta	No	Poco	Poco +	Poco -	Si Regular	Si Regular -	Si Regular +	Mucho	Mucho +	Mucho -	Total
		0	1	1A	1B	2	2A	2B	3	3A	3B	
1	Tristeza	17	18	0	0	4	0	0	1	0	0	40
2	Pesimismo	26	9	0	0	5	0	0	0	0	0	40
3	Fracasos del Pasado	15	15	0	0	9	0	0	1	0	0	40
4	Perdida del Placer	16	15	0	0	5	0	0	4	0	0	40
5	Sentimientos de Culpa	14	17	0	0	8	0	0	1	0	0	40
6	Sentimientos de Punicion	25	9	0	0	4	0	0	2	0	0	40
7	Sentimientos negativos de Si mismo	24	10	0	0	5	0	0	1	0	0	40
8	Actitud Critica hacia Si mismo	13	20	0	0	6	0	0	1	0	0	40
9	Pensamiento o deseos de suicidio	23	12	0	0	4	0	0	1	0	0	40
10	Llanto	24	8	0	0	6	0	0	2	0	0	40
11	Agitacion	16	13	0	0	9	0	0	2	0	0	40
12	Perdida de Interes	18	15	0	0	7	0	0	0	0	0	40
13	Indecision	18	14	0	0	5	0	0	3	0	0	40
14	Devaloracion	22	11	0	0	6	0	0	1	0	0	40
15	Perdida de Energia	15	15	0	0	8	0	0	2	0	0	40
16	Cambio en habitos del sueño	8	0	7	10	0	4	5	0	1	5	40
17	Irritabilidad	20	16	0	0	3	0	0	1	0	0	40
18	Cambios en el apetito	13	0	5	9	0	5	2	0	4	2	40
19	Dificultad de concentracion	16	14	0	0	7	0	0	3	0	0	40
20	Fatiga	16	13	0	0	7	0	0	4	0	0	40
21	Perdida de Interes por el sexo	26	9	0	0	2	0	0	3	0	0	40
<b>Total</b>		<b>385</b>	<b>253</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>110</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>840</b>

No	Poco	Poco +	Poco -	Si Regular	Si Regular -	Si Regular +	Mucho	Mucho +	Mucho -	Total
0	1	1A	1B	2	2A	2B	3	3A	3B	
43%	45%	0%	0%	10%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
65%	23%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
38%	38%	0%	0%	23%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
40%	38%	0%	0%	13%	0%	0%	10%	0%	0%	100%
35%	43%	0%	0%	20%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
63%	23%	0%	0%	10%	0%	0%	5%	0%	0%	100%
60%	25%	0%	0%	13%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
33%	50%	0%	0%	15%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
58%	30%	0%	0%	10%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
60%	20%	0%	0%	15%	0%	0%	5%	0%	0%	100%
40%	33%	0%	0%	23%	0%	0%	5%	0%	0%	100%
45%	38%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
45%	35%	0%	0%	13%	0%	0%	8%	0%	0%	100%
55%	28%	0%	0%	15%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
38%	38%	0%	0%	20%	0%	0%	5%	0%	0%	100%
20%	0%	18%	25%	0%	10%	13%	0%	3%	13%	100%
50%	40%	0%	0%	8%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
33%	0%	13%	23%	0%	13%	5%	0%	10%	5%	100%
40%	35%	0%	0%	18%	0%	0%	8%	0%	0%	100%
40%	33%	0%	0%	18%	0%	0%	10%	0%	0%	100%
65%	23%	0%	0%	5%	0%	0%	8%	0%	0%	100%
<b>46%</b>	<b>30%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

### ANEXO 3

#### FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE CODEPENDENCIA EMOCIONAL

**Nombre:** Inventario de codependencia emocional.

**Autor:** Gloria Noriega Gayol.

**Aplicación:** individual y colectiva.

**Tiempo de aplicación:** 15 a 20 minutos.

**Ámbito de aplicación:** a partir de los 18 años.

**Significación:** valida los siguientes aspectos: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora.

**Tipificación:** destinado para medir la gravedad de la dependencia emocional o encontrar en cuál de los factores hay mayor incidencia.

**Inventario de Codependencia Emocional,** permite determinar y detectar casos de codependencia en la relación de pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer centra su atención en atender las necesidades del par y de otras personas sin tomar en cuenta las propias.

**Número de dudas:** se encuentra conformado por 30 ítems elaborados para evaluar los correspondientes factores del diagnóstico a través de un cuestionario práctico, fácil de administrar y corregir.

## FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE BECK

**Nombre:** Inventario de Beck.

**Autor:** Aaron Beck.

**Aplicación:** 15 a 20 minutos.

**Tiempo de aplicación:** individual y colectiva.

**Ámbito de aplicación:** a partir de los 16 años.

**Significación:** valida los siguientes aspectos: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso del pasado, pérdida de placer, sentimientos de culpa, retraimiento social, sentimientos negativos de sí mismo, actitud crítica hacia sí mismo, pensamiento o deseos de suicidio, llanto, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambio de hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, fatiga, pérdida de interés por el sexo.

**Tipificación:** destinado para medir la gravedad de depresión o encontrar en cual de los factores y/o escalas se encuentra mayor afección.

**Inventario de Beck,** permite determinar el grado que maneja la persona, ser prudente en la utilización del instrumento, tiene un único diagnóstico primario y expresa desde un nivel bajo hasta una perturbación crítica de la patología.

**Número de dudas:** 22 ítems elaborados para evaluar los correspondientes síntomas del diagnóstico a través de un cuestionario práctico, fácil de administrar y corregir.