

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“SOBREDEPENDENCIA AFECTIVA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TRUJILLO”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA**

**PAULA ELIZABETH ZA VALETA CAMACHO**

**ASESORA**

**Mg. LIDIA MERCEDES SILVA RAMOS**

**TRUJILLO – 2015**

**“SOBREDEPENDENCIA AFECTIVA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE  
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TRUJILLO”**

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado Calificador:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Psicología, someto a vuestro criterio profesional el Informe de Tesis titulado “**SOBREDEPENDENCIA AFECTIVA Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TRUJILLO**”, elaborado con la finalidad de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre Sobre-Dependencia Afectiva y Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Trujillo.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, le agradezco por anticipado por las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

**Trujillo, Diciembre del 2015**

Paula Elizabeth Zavaleta Camacho  
AUTORA

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por permitirme ejercer mi vocación con la labor que realizo y espero continuar ejerciendo día a día. A mis padres, por darme la dicha de estudiar con las facilidades necesarias. A mis maestros, quienes orientaron mi camino académico paso a paso. A todas aquellas personas, que con un poco de su experiencia fueron guiando las ideas que concibo en este proyecto, por ser autores anónimos de mi inspiración.*

*A todo ellos, gracias. Este trabajo es suyo también.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mamá y papá. Por la sabia exigencia, la paciencia constante y el creer en mí en cada momento. Gracias hoy y siempre, en cada momento y hoy más que nunca.*

*A Nadia C., Jorge A. y Hans J. Más que guías, amigos. El empujón final que cada uno me dio, en su momento y con cada comentario, fue el aliciente que necesité para continuar. Los agradecimientos no son suficientes.*

*A Selene R. por acompañarme en cada travesía de este trabajo, y permitirme acompañarla en el suyo, ¡has sido mi apoyo incondicional!*

*A las muchas parejas que, observando desde dentro y fuera, me permitieron ejercer mi natural curiosidad al respecto de las relaciones humanas.*

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO .....	122
1.1. EL PROBLEMA.....	122
1.1.1. Delimitación del problema .....	122
1.1.2. Formulación del problema.....	13
1.1.3. Justificación del estudio .....	13
1.1.4. Limitaciones .....	14
1.2. OBJETIVOS .....	15
1.2.1. Objetivos generales.....	15
1.2.2. Objetivos específicos .....	15
1.3. HIPÓTESIS .....	16
1.3.1. Hipótesis General .....	16
1.3.2. Hipótesis específicas.....	16
1.4. VARIABLES E INDICADORES .....	16
1.4.1. Variables de Estudio.....	16
1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN.....	17
1.5.1. Tipo de investigación .....	17
1.5.2. Diseño de Investigación.....	17
1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	18
1.6.1. Población: .....	18
1.6.2. Muestra.....	18
1.6.2. Muestreo .....	19

1.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	19
1.7.1.	Técnicas:.....	19
1.7.2.	Instrumentos .....	20
1.8.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
1.9.	MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	22
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO .....		24
2.1.	Antecedentes .....	24
2.2.	Marco teórico .....	26
2.2.1.	Sobredependencia Afectiva .....	26
2.2.2.	Depresión.....	46
CAPITULO III: RESULTADOS .....		60
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....		68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		77
5.1.	Conclusiones .....	77
5.2.	Recomendaciones .....	78
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS .....		79
6.1.	Referencias.....	79
6.2.	Anexos .....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Nivel de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	60
<b>Tabla 2.</b> Nivel de Sobredependencia Afectiva según dimensión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	61
<b>Tabla 3.</b> Nivel de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ...	62
<b>Tabla 4.</b> Correlación entre la Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	63
<b>Tabla 5.</b> Correlación entre la Ansiedad y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	64
<b>Tabla 6.</b> Correlación entre la Baja Autoeficacia de Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	65
<b>Tabla 7.</b> Correlación entre la Dependencia Pasiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	66
<b>Tabla 8.</b> Correlación entre las Creencias Irracionales de la Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	67
<b>Tabla 7.2.1:</b> Prueba de Normalidad del Cuestionario de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	83
<b>Tabla 7.2.2.</b> Prueba de Normalidad de la Escala de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	84
<b>Tabla 7.2.3.</b> Coeficiente de confiabilidad del Cuestionario de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	85
<b>Tabla 7.2.4.</b> Coeficiente de confiabilidad de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	86
<b>Tabla 7.2.5.</b> Evaluación de ítems a través del coeficiente de validez Ítem-test, de la Escala de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	877
<b>Tabla 7.2.6.</b> Evaluación de ítems a través del coeficiente de validez Ítem-test, de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	888
<b>Tabla 7.2.7.</b> Normas en percentiles, de la Escala de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. ....	899

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, analizar la relación entre Sobre-Dependencia Afectiva y Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Trujillo. Se trabajó con un diseño Descriptivo Correlacional. Para el recojo de la muestra se utilizaron dos Instrumentos: la Escala de Sobredependencia Afectiva (G. Pérez Sánchez y col., 2005); y el Inventario de Depresión de Beck (A. Beck, 1979). La población estuvo conformada por 537 estudiantes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 20 y 40 años, de la carrera Profesional de Psicología, de una Universidad Privada de Trujillo, quedando una muestra de 224 sujetos. En los resultados obtenidos se evidencia correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la Sobredependencia Afectiva y Depresión. La primera variable muestra un 25.4% (57 casos) de la muestra, con nivel Mucho, en tanto que la Depresión encontró un 50.4% (113 casos) con nivel Moderado, siendo éstos los mayores niveles encontrados. Asimismo, en todas las dimensiones de la Sobredependencia Afectiva predomina el nivel mucho, con valores que oscilan entre 25.4% a 27.2%. Para todas sus dimensiones se encontró correlación altamente significativa, positiva y de grado medio en relación con la Depresión, a excepción de la dimensión Creencias Irracionales, cuya correlación es altamente significativa, positiva y de grado débil.

**Palabras Clave:** Sobredependencia Afectiva, Depresión, estudiantes Universitarios.

## **ABSTRACT**

The following is an investigation that aims to analyze the relationship between Affective over-dependence and Depression, in young adults from a Private University from the city of Trujillo. It is a Correlational-type Investigation; used the Instruments Affective Over-Dependence Scale (Pérez Sánchez and col., 2005) and Beck's Depression Inventory (A. Beck, 1979) to get the results. The population consisted of 537 students from both genres, between 20 and 40 years, from the Psychology career of a Private University. The sample was finally conformed by 224 subjects. The obtained results evidence a highly significant, positive correlation and medium grade, between Overdependence and Affective Depression. The first variable shows a 25.4 % (57 cases) of the sample, with very high level, while the Depression shows 50.4 % (113 cases) with moderate level, these being the higher levels found. Also, in all dimensions of Affective over-dependence predominates the Lot level with values ranging from 25.4 % to 27.2 %. For every dimension, the correlation was found to be highly significant, positive and intermediate level in relation to depression, except for the dimension Irrational Beliefs, whose correlation is highly significant, positive and weak degree

**Key Words:** Affective over-Dependence, Depression, University Students

## INTRODUCCIÓN

Erich Fromm menciona en su libro “El Arte de amar”: “El amor es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos”. Si es verdad, ¿cómo y por qué deja de serlo, para convertirse en una dependencia emocional y qué consecuencias puede traer? Ésta es la pregunta que surgió frente a la problemática que experimenté (en carne propia primero, y luego frente a la casuística que se sucedió en mis ciclos de internado clínico) y me embarqué en el viaje del descubrimiento de variables por asociar.

¿Es posible que una persona llegue a ligarse tanto a otra, a requerir de ella para mantener su estabilidad afectivo-emocional, como para minar su valía personal y sumergirse en pensamientos y conductas depresivas? Esta investigación llega a la conclusión de que así es. Su ocurrencia no se limita a un componente biológico sino al factor principal de la ecuación: las relaciones sociales (especialmente afectivas) y su desarrollo.

La depresión está íntimamente ligada a la Sobredependencia afectiva y viceversa, debido a que son las relaciones sociales las que repercuten en nuestro estado anímico, y una tan importante como una relación de pareja abarca muchos más aspectos. Al volverse ésta perjudicial para uno de los miembros, curiosamente resulta muy difícil e incluso impensable salir de ella, desembocando en frustración, enfado, vacío y desesperación. Es claro entonces el ciclo vicioso que constituyen las variables, y quizá ésta la idea más notoria del porqué también se le conoce como una “adicción”.

Para una efectiva exposición del tema, la investigación se centró en confrontar ambas problemáticas desde sus aspectos teóricos. Así, los estudios de sus definiciones, perfiles de quienes las padecen, propuestas teóricas y etiología se presentan para luego ser analizadas con los resultados obtenidos. Los alcances del trabajo permiten observar la relación existente entre estas variables, en una población de estudiantes universitarios y satisfacen la hipótesis que propone una relación entre ambas, con altas expectativas.

Así, este trabajo está lleno de interrogantes, que al no verse satisfechas con la literatura de autoayuda, se constituyeron como la base para su desarrollo.

Espero que también despierte en los lectores y futuros investigadores la curiosidad nata del ojo clínico frente a situaciones similares, llenando de preguntas y proponiendo posibles respuestas para aportar a investigaciones posteriores en beneficio de la comunidad. Un tema de tal importancia, no debe ser pasado por alto, pues es su índole social la que más impacto genera en nuestro entorno actual y futuro. No se tratan de problemas aislados con tratamientos separados, sino que, como cualquier experiencia humana, se encuentran incluidos en los muchos aspectos que abarca la vida.

## **CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO**

### **1.1. EL PROBLEMA**

#### **1.1.1. Delimitación del problema**

El establecimiento de lazos afectivos con otros individuos es una actividad socializadora propia del ser humano. Durante la Adulthood Temprana, la persona tiene todo un mundo de posibilidades a su disposición dado su ingreso a una etapa en la que su capacidad de toma de decisiones se afianza. Si las personas manifiestan una sólida estructura del Yo (lo que se espera en esta etapa del Desarrollo) estarán listos para fundir su identidad con otra persona e iniciar una relación sólida, basada en el compromiso, pasión e intimidad, que se categorice en el status de “amor”.

Así pues, la elección de una pareja supone una decisión que implica voluntad, intención y acción, muchas veces no de forma consciente pero siempre electiva. Sin embargo, el amor romántico y el establecimiento de un sólido vínculo emocional con otra persona, suelen ser malinterpretados por uno o ambos miembros, dando paso a falsas percepciones y distorsiones de dicho concepto, haciendo la transición de una relación saludable a una en la que la incapacidad de vivir sin la otra persona resulta insostenible. Es entonces cuando nos encontramos ante un conjunto de expresiones basadas en pensamientos irracionales sobre la necesidad para recibir afecto de alguien significativo, en cuanto la necesidad imperiosa de recibir afecto de la pareja, representa un componente de importancia, llegando a darse el incremento de manifestaciones ansiosas, disminución de la autoeficacia y una creciente aunque pasiva dependencia que llega a minar la estima personal y la capacidad de funcionar adecuadamente en diversos contextos.

Tomando en consideración cómo dicha situación se instala en la vida de la pareja y llega a causar problemáticas tales como: conductas de sumisión, temor, preocupación, inseguridad, pensamientos negativistas, dificultad para tomar decisiones, preocupación, aprehensión entre otras, que claramente se corresponden a un patrón similar al de la Depresión, que como se sabe, es un problema de interés mayúsculo en la Salud Mental Pública (en el Perú se estima que al menos un millón 700 mil personas tienen síntomas depresivos y al menos el 6% de la población mayor de 15 años tiene al menos un

episodio depresivo al año, de acuerdo a un artículo escrito por René Zubieta, el 11 de agosto del 2014, publicado bajo el nombre “La depresión es un mal oculto y se va formando en la Infancia” en El Comercio LIMA Online), cuyas repercusiones representan grandes costos psicosociales, dado que afectan a la persona al punto de llegar a dominar muchas de sus funciones vitales y de interacción social. Este Trastorno del Estado de Ánimo pudiera manifestar claramente una relación significativa con el hecho de que uno o ambos miembros de la pareja desarrollen una Sobredependencia Afectiva en algún momento de la relación. Pudiera ser bien una causa directa, o una consecuencia crónica, pero de igual modo llega a instalarse en la personalidad del sujeto minando su integridad y provocando consecuencias a muchos niveles.

Es por ello, que hallar los componentes de dicha relación resulta de importancia, dado que la relevancia de los mismos pondrá de manifiesto muchos de los problemas que actualmente percibimos en nuestra sociedad: creencias irracionales respecto al amor, expectativas distorsionadas relacionadas al concepto de pareja, interpretaciones y valoraciones negativas del compañero o compañera, personalidades inmaduras que se refugian en el cariño de otros de forma patológica, entre otros.

De este modo surge el presente estudio, orientado al conocimiento de estas dos situaciones, cuya correlación sugiere un gran aporte a la Psicología Clínica y a las relaciones socio-afectivas que se suscitan actualmente en nuestro medio.

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Existe relación significativa entre la Sobredependencia Afectiva y la Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo?

### **1.1.3. Justificación del estudio**

La construcción de vínculos afectivos saludables con nuestros semejantes en el medio social es un tema de suma importancia, dado su impacto en la salud emocional y mental de las personas. Debido a la gran influencia de medios informativos que tergiversan muchas de las situaciones afectivas que se desarrollan cotidianamente, imponiendo de este modo determinados roles de género y actitudes, pensamientos, creencias e interpretaciones que son distorsionados por aquellas personas que, en su carencia de un Yo desarrollado, buscan refugio, apoyo, aceptación y afecto en otra persona; asimismo,

muchas veces aquellas personas, independientemente de su género, presentan problemas de vinculación en sus relaciones tempranas, lo que podría ser causa de una cierta “adicción” a las relaciones, que causa daño no sólo para sí mismos, sino para sus parejas.

Ello lleva a exponer la conveniencia de este trabajo cuya problemática aunque, recientemente estudiada va en aumento debido a las implicancias sociales que genera, no ha sido abordada con la debida importancia que, a opinión de la autora, merece. Sin embargo, su estudio y desarrollo significa un gran aporte a los campos de la psicología clínica, las relaciones humanas y en especial de pareja. La teoría de Hambre de Cariño de Halpern, la Teoría Cognitiva de Depresión de Beck, y el Modelo Interpersonal de la Depresión de Yapko, se ven satisfechas con los resultados obtenidos. Asimismo, el hecho de compararla con otras poblaciones, otras variables, o sencillamente ahondando en su entendimiento, procura mayor comprensión de las variables y su relación con otros fenómenos o circunstancias. He ahí entonces, su relevancia teórica.

De igual forma, dicha relevancia la encontramos por cuanto ante los Profesionales de la Salud Mental, este trabajo representará un acercamiento importante en cuanto a la búsqueda de las bases de este tipo de conflicto, que se suscita como problemática de consulta recientemente frecuente. Con ello se podrá realizar una intervención más adecuada, bajo enfoques que permitan la rápida resolución del problema.

El conocimiento de la relación de una o ambas variables sobre los estudiantes universitarios fomentarían la elaboración, desarrollo y aplicación de Programas Preventivos y de Intervención, para beneficiar la salud emocional de la población estudiada, lo cual constituye un aporte desde la perspectiva social.

Respecto a la practicidad del estudio, los resultados obtenidos con la presente investigación, sentarán un precedente para los estudios venideros, enfocados en una o ambas de las variables estudiadas, que propicien e impulsen un mejor conocimiento de nuestra sociedad y de las creencias que la conforman. Futuros trabajos, con su base en el presente, beneficiarán a la Investigación desarrollada en este campo.

Finalmente, esta investigación hace uso del instrumento: Escala de Sobredependencia Afectiva, el cual se validó para la población Trujillana, obteniendo resultados confiables y datos pertinentes, permitiendo la detección de características referentes a la personalidad de los evaluados, brindando cierta aproximación a sus tendencias

psicológicas; lo cual permitirá facilitar la recolección y análisis de datos de poblaciones con características similares a la estudiada, lo que constituye un aporte metodológico en cuanto al campo clínico de la psicología.

#### **1.1.4. Limitaciones**

- La presente investigación ha sido realizada teniendo como marco de referencia la teoría de “Hambre de Cariño” de Howard Halpern, el “modelo Interpersonal de la Depresión” de Michael Yapko, y la Teoría Cognitiva de Depresión de Aaron Beck. Otras teorías, enfoques o modelos explicativos no fueron considerados o tomados en cuenta.
- No es posible generalizar los resultados para otras poblaciones, a menos que posean las mismas características que la población evaluada.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivos generales**

Analizar la relación entre Sobredependencia Afectiva y Depresión, en Estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Trujillo.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

1. Identificar la Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
2. Identificar los niveles de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
3. Establecer la correlación entre los niveles de Ansiedad de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
4. Establecer la correlación entre los niveles de Baja Autoeficacia de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
5. Establecer la correlación entre los niveles de Dependencia Pasiva de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
6. Establecer la correlación entre los niveles de Creencias Irracionales de

Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

### **1.3. HIPÓTESIS**

#### **1.3.1. Hipótesis General**

**HG:** Existe relación significativa entre Sobredependencia Afectiva y Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Trujillo.

#### **1.3.2. Hipótesis específicas**

**H1:** Existe relación significativa entre Ansiedad de Sobredependencia Afectiva con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

**H2:** Existe relación significativa entre Baja Autoeficacia de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

**H3:** Existe relación significativa entre Dependencia Pasiva de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

**H4:** Existe relación significativa entre Creencias Irracionales de Sobredependencia Afectiva, con la Depresión, en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

### **1.4. VARIABLES E INDICADORES**

#### **1.4.1. Variables de Estudio**

Variable 1:

Sobredependencia Afectiva:

La medición de esta variable se realizará mediante la aplicación de la Escala de Sobredependencia Afectiva en Parejas (SODA), elaborada por José Gabriel Pérez, María Cecilia Contreras, Patricia Zúñiga y Coll y Javier Gutiérrez en el año 2005

Indicadores

Ansiedad

Baja Autoeficacia

Dependencia Pasiva

Creencias Irracionales

Variable 2:

Depresión

Ésta se determinará con los puntajes obtenidos en las Sub-Escalas del Inventario de Depresión de Beck, elaborado por Aaron Beck y Coles en 1979, y traducida al español por Vásquez y Saens en 1991.

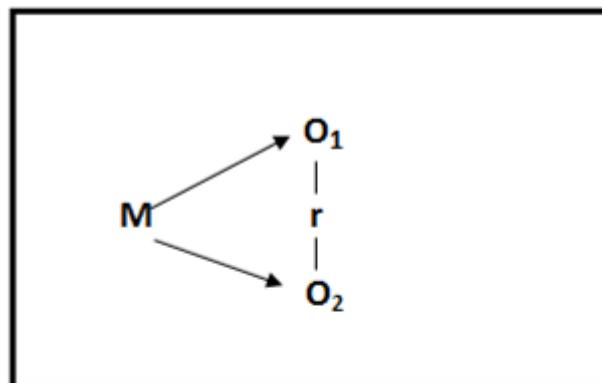
## 1.5. DISEÑO DE EJECUCIÓN

### 1.5.1. Tipo de investigación

Se trata de una Investigación Sustantiva de tipo Correlacional, orientada a conocer la relación o grado de asociación existente entre dos variables en un contexto particular o en una misma muestra de sujetos. Inician con la medición adecuada de cada variable, para luego analizar la relación que pudiera existir entre ambas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) y es útil por cuanto nos dará una aproximación del comportamiento de una determinada variable en relación a otra.

### 1.5.2. Diseño de Investigación

El diseño a utilizar se realiza tomando en cuenta las consideraciones de Hernández, Fernández y Baptista (2010), quienes proponen:



Dónde:

M1: Muestra de estudiantes, de una Universidad Privada de Trujillo.

O1: Variable Sobredependencia Afectiva.

O2: Variable Depresión

r: Relación existente entre las dos variables.

## 1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 1.6.1. Población:

La población para la presente investigación estuvo conformada por los 537 estudiantes pertenecientes a la Escuela de Psicología, Facultad de Medicina Humana, de una Universidad Privada de Trujillo, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### Criterios de Inclusión

- Edad Mayor a 18 años
- Género Masculino o Femenino
- Tener en la actualidad una relación de pareja, o haber tenido una considerada “significativa” en el pasado

#### Criterios de Exclusión

- Que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión, no haya estado presente el día de la evaluación.
- Que no haya contestado el cuestionario en su totalidad.

La población fue elegida por cuanto a criterio de la autora, resulta pertinente verificar la incidencia de estas variables específicamente en ésta población en particular, dado que en el futuro fungirán como especialistas en conducta y salud mental, por lo tanto se estima conveniente reconocer los niveles presentes de cada variable y el impacto que pudiera representar ello a futuro.

### 1.6.2. Muestra

Para determinar el tamaño de muestra, se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

P : Proporción de estudiantes que presentan la característica de interés.

Q : Proporción de estudiantes que no presentan la característica de interés  
(Q=1-P)

- Z : Valor obtenido de la distribución normal estándar asociado al nivel de confianza
- E : Error de muestreo
- N : Tamaño de población
- n : Tamaño de muestra

Asumiendo una confianza del 95% ( $Z=1.96$ ), un error de muestreo de 5.0% ( $E=0.05$ ), y una varianza máxima ( $PQ=0.25$ , con  $P=0.5$  y  $Q=0.5$ ), para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ( $N=537$ ) de los referidos estudiantes, se obtuvo:

$$n = \frac{537 * 1.96^2 * 0.25}{(537 - 1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.25}$$

$$n = 224$$

Por lo tanto la muestra estuvo conformada por 224 alumnos, los mismos que fueron seleccionados aleatoriamente de la referida población en estudio.

### **1.6.3. Muestreo:**

Se utilizó en la investigación el muestreo aleatorio simple, que es un muestreo probabilístico, donde cada uno de los elementos de la población, tienen la misma probabilidad de constituir la muestra y se aplicó dada homogeneidad de los elementos que conforman la población bajo estudio, para los fines de la investigación (Sheaffer y Mendenhall, 2007).

## **1.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.7.1. Técnicas:**

Para la presente Investigación, se hizo uso de la técnica psicométrica, dado el uso de herramientas psicométricas empleadas para la medición de cada una de las variables. Éstos son la Escala de Sobredependencia Afectiva (Escala SODA) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

### 1.7.2. Instrumentos

En cuanto al primer Instrumentos empleado, tenemos la Escala de Sobredependencia Afectiva en Parejas (Escala SODA), elaborada por José Gabriel Pérez, María Cecilia Contreras, Patricia Zúñiga y Coll. Javier Gutiérrez en el año 2005, en la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Éste instrumento evalúa específicamente las cuatro dimensiones para la medición de la Sobredependencia Afectiva en la pareja, y delimita sus rasgos. Se sirve de una aplicación de tipo individual o colectiva a partir de los 15 años de edad, y tiene una duración de entre 8 a 10 minutos. Podemos encontrar en el Inventario, 54 ítems, los cuales se distribuyen en 4 dimensiones, siendo éstas:

- Ansiedad (ítem 1 al 8)
- Baja Autoeficacia (ítem 9 al 25)
- Dependencia Pasiva (ítem 26 al 40)
- Creencias Irracionales (ítem 41 al 54)

Respecto a la Validez del instrumento, se lo sometió a Criterio de Jueces, siendo 8 en total y otorgando buenas valoraciones. Para corroborar esto, se aplicó la V y H de Aiken, del programa estadístico MCP versión 1.2, obteniéndose para la mayoría de ítems que son significativos, lo cual señala la Escala como favorable para la medición de la variable deseada.

En cuanto a la Confiabilidad, su estimación se sometió a la aplicación del coeficiente alpha de Cronbach, el cual resultó de 0.9494. También se hizo uso de la correlación ítem-test corregida de Spearman arrojando coeficientes que oscilaban entre 0.2669 a 0.7657, lo cual en conjunto dota al instrumento de calidad de confiable.

Finalmente, el programa estadístico MCP versión 1.2 se usó para la Baremación de la prueba, siendo esta por Pentas, lo que permite la discriminación de respuestas en 5 grupos: Muy poco del rasgo, Poco del rasgo, Regular del Rasgo, Bastante del Rasgo y Mucho del rasgo, considerándose el rasgo como cada una de las dimensiones de la Sobredependencia Afectiva.

Ésta Escala ha sido usada por vez primera en la ciudad de Trujillo, por lo cual se estimó necesaria la adaptación para población, realizándose con una muestra de 300 sujetos de características similares a la población a estudiar. Asimismo se efectuó la Evaluación de ítems a través del coeficiente de validez Ítem-test, obteniéndose correlaciones cuyos

valores en 53 de los ítems superan el mínimo requerido de 0.20. Únicamente el ítem 22 registra un índice de correlación ítem-test corregido menor a .20, pero no deja de ser altamente significativo, y relevante en la escala, no afectando a la valoración del instrumento en general.

Por otra parte tenemos el Instrumento que mide la Variable Depresión siendo éste el Inventario de Depresión de Beck (BDI), creado por Aaron Beck en 1967 con colaboración de Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh; realizando una segunda versión en 1979 con Rush, Shaw y Emery. Éste ya ha sido validado para la población Peruana en varias ocasiones, siendo la más relevante su estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central. Su objetivo es evaluar la intensidad de la depresión como la percibe o experimenta el sujeto. Su aplicación puede ser individual o colectiva sin tener límite de tiempo pero no requiriendo más de 15 minutos en responderse.

En éste se perfilan 21 ítems de síntomas, correspondiéndose en 5 áreas, las cuales son:

- Área Afectiva (4 ítems)
- Área Motivacional (2 ítems)
- Área Cognitiva (8 ítems)
- Área Conductual (3 ítems)
- Área Física (4 ítems)

Cada área reporta el número de sintomatología presente y reportada por el evaluado, asignándose luego a 4 categorías de Depresión existente: Sin Depresión (de 0 a 10), Depresión Leve (de 11 a 20), Depresión Moderada (de 21 a 30) y Depresión Severa (de 31 a más).

La Validez del instrumento para población peruana se realizó con estudios de correlación con otros instrumentos, hallándose una correlación de 0.75, lo cual otorga una validez satisfactoria, útil para los propósitos de su elaboración. Respecto a la Confiabilidad, su estimación se sometió a evaluación de Consistencia Interna con el Coeficiente alpha de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81, dotando al instrumento con una Confiabilidad bastante aceptable. En cuanto a la fiabilidad, del instrumento, también se evaluó mediante el coeficiente de validez ítem-test, obteniéndose correlaciones cuyos valores en los dieciocho ítems superan el mínimo requerido de 0.20. Es pertinente señalar que éste Test es uno de los 12 más usados a nivel mundial, teniendo una popularidad a nivel internacional en lo referente a la

identificación certera de sujetos depresivos subclínicos en estudios de validación de modelos de depresión.

### **1.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Al culminar la elaboración del presente Proyecto de Investigación se procede a solicitar un derecho de trámite con el cual el Jefe del Comité Técnico Permanente de Investigación de la Escuela de Psicología, apruebe y extienda el permiso para la revisión del mismo. Se elevó entonces la solicitud al mencionado Comité, quien realizó las correcciones y aclaraciones pertinentes, para luego devolver el producto a mejorar a manos de la autora. Culminado dicho proceso, se realizará luego la obtención firmada del consentimiento informado por parte de la Escuela de Psicología de la Universidad, con lo cual se procederá a la evaluación con los Instrumentos mencionados a la población respectiva, que luego serán corregidos y vaciados los datos en formatos elaborados por la estadística, para una pertinente obtención de resultados confiables con los cuales elaborar las conclusiones del caso, para finalmente realizar una discusión que contraste toda la información recabada, tanto de forma teórica como práctica, bajo la supervisión de la asesora, quien guiará el Proyecto hasta su culminación con una Sustentación adecuada del Proyecto de Tesis.

### **1.9. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Terminado el proceso de aplicación de tenemos la Escala de Sobredependencia Afectiva y el Inventario de Depresión de Beck, a estudiantes pertenecientes a la Escuela de Psicología, Facultad de Medicina Humana, de una Universidad Privada de Trujillo, se procedió a la crítica codificación, depurando las pruebas incompletas. Enseguida se elaboró la base de datos en la hoja de cálculo Excel, procediendo luego a evaluar la confiabilidad de ambos instrumentos, por consistencia interna, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Asimismo se evaluó la validez de constructo de los instrumentos a través del coeficiente de correlación ítem-test corregido. Una vez corroborada la confiabilidad y la validez de ambos instrumentos, se elaboraron las normas en percentiles, para realizar el análisis descriptivo de las variables, lo que permitió identificar el nivel de Sobredependencia Afectiva en Parejas y el nivel de Depresión en los integrantes de la muestra.

En lo que respecta al análisis correlacional, en primer lugar se evaluó el supuesto de normalidad de las puntuaciones obtenidas por los referidos adultos en ambas pruebas, mediante la aplicación de la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. Como resultado de tal evaluación se rechaza la hipótesis del cumplimiento de la normalidad de las puntuaciones registradas por los evaluados con el Inventario de Depresión de Beck; por tanto en el proceso de evaluación de la asociación entre las variables en estudio, en los estudiantes involucrados en la investigación, se usó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

Finalmente en el procesamiento de los datos fue realizado de manera automatizada usando como soporte el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22.0; presentando los resultados en tablas estadísticas de simple y doble entrada elaboradas según lo exigen las normas del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA).

## **CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

La presente investigación tiene como objetivo el estudio de la relación existente entre la Sobredependencia Afectiva y la Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. Estudios similares han sido realizados y se tiene presencia de ciertos antecedentes de importancia los cuales se procede a exponer.

Referente a la variable Dependencia Emocional, Mariantonia Lemos Hoyos, Cristina Jaller Jaramillo, Ana María Gonzáles Calle, Zoraya Tatiana Días León y Daniela De la Ossa (2012), realizan su estudio: “Perfil Cognitivo de la Dependencia Emocional en Estudiantes Universitarios en Medellín, Colombia”, de tipo correlacional, cuenta con una muestra aleatoria estratificada de 569 estudiantes entre los 16 y 31 años. Se usaron instrumentos tales como Cuestionarios de: Dependencia Emocional, de Esquemas Desadaptativos Tempranos, de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad, de Estrategias de Afrontamiento Modificado e Inventario de Pensamientos Automáticos. Concluye que existe presencia de Dependencia Emocional en los estudiantes, especialmente en las mujeres, encontrando esquemas desadaptativos tempranos de “desconfianza/abuso”, creencias centrales de trastorno de personalidad por dependencia, así como distorsiones cognitivas de “falacia de cambio” y estrategia de afrontamiento de autonomía. (Lemos Hoyos, 2012: 395-399)

Respecto a la variable Depresión, Jihan Saber Raja Mahmoud, Ruth Staten, Lynne A. Hall, y Terry A. Lennie (2012) en su estudio “Relación entre jóvenes estudiantes Universitarios y Depresión, Ansiedad, Estrés, Demografía, Satisfacción de Vida y Estilos de Afrontamiento” de tipo correlacional, realizado con una muestra de 508 estudiantes de una Universidad Pública de Kentucky, Estados Unidos, aplicando instrumentos como la Escala 21 de Depresión-Ansiedad-Estrés, la forma Breve del Inventario COPE, y la forma Breve de la Escala Multidimensional de Satisfacción en la Vida; encontrando que los estudiantes que vivían con alguien relevante o pertenecían a

alguna agrupación social se encontraban menos deprimidos, ansioso o estresados. Mayores niveles de depresión se detectaron en alumnos de 18-19 años, o en quienes presentaban malos estilos de afrontamiento, o insatisfacción con su vida (Mahmoud y otros, 2012).

Robert F. Ferrel Ortega, Adela Celis Barros y Olga Hernández Cantero (2010), elaboran un estudio denominado “Depresión y Factores Socio Demográficos asociados en Estudiantes Universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública”. Es una investigación descriptiva de diseño transversal realizada con 196 estudiantes de Psicología, Medicina, Odontología y Enfermería de una Universidad de Colombia, aplicando el Inventario de Depresión de Beck y un registro sociodemográfico. Sus hallazgos revelan que el mayor porcentaje de casos de Depresión se dan en la carrera profesional de Medicina, siendo la población femenina la que tiene mayor presencia de la misma, pero ocurriendo más casos de Depresión grave en los varones. Asimismo ésta prevalece más en edades de 18 a 24 años (Ferrel Ortega, 2011: 40, 50-51).

Teresita de Jesús Muñoz Torres, Rocío Rocha Rodríguez, Milka Elena Escalera Chávez y María Yolanda Méndez Bernal (2011), realizan un estudio denominado “Factores Condicionantes en el desarrollo de Episodios Depresivos en Universitarios: Una Perspectiva desde Dorothea Orem”, Es una investigación prospectiva, descriptiva y de análisis de causalidad, con una muestra de 819 estudiantes Universitarios de diversos grados y carreras de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, aplicando un instrumento especialmente elaborado para tal fin, denominado “Cuestionario Programa de Prevención de Salud”. Encuentra que los antecedentes de violencia intrafamiliar están fuertemente asociados a la presencia de episodios depresivos, y que estos se dan en un mayor porcentaje en mujeres que en varones, no siendo significativa la carrera profesional que cursan, ni el estado civil o los hijos que pudieran tener. (Muñoz Torres, 2011: 196-197).

En cuanto a los antecedentes locales, Fiorella Lizbeth Quintana Rivera (2011), realiza una investigación llamada “Conflictos de Pareja: Depresión y Dependencia Emocional hacia la Pareja en Estudiantes Mujeres de la UCV-Trujillo”. Se trata de un estudio

Descriptivo Correlacional en el que trabajó con una muestra de 120 alumnas de Psicología de VI ciclo de la mencionada casa de estudios, aplicando el Cuestionario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Dependencia Emocional y el Cuestionario de Conflicto de Pareja. Sus resultados manifiestan que no existe una relación significativa entre la variable conflicto de pareja y depresión, ni tampoco entre ésta y la Variable Dependencia Emocional (Quintana Rivera, 2011).

Previamente, Claudia Amalí Bartolo Cabrera (2010), realiza un estudio llamado “Conflictos de Pareja, Depresión y Dependencia Emocional hacia la Pareja en Estudiantes Mujeres de del 2° al 10° Ciclo”. Una investigación Descriptiva Correlacional en el que trabajó con una muestra de 71 alumnas mayores de 18 años de la Universidad Privada Antenor Orrego, haciendo aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Dependencia Emocional y el Cuestionario de Conflicto de Pareja. De igual forma, los hallazgos no refieren la existencia de una relación estadística entre los conflictos de pareja y la depresión, así como tampoco de ésta con rasgos de Dependencia Emocional. (Bartolo Cabrera, 2010).

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. Sobredependencia Afectiva**

#### ***A) Definición de la Sobredependencia Afectiva:***

En la presente investigación, se han de diferenciar dos términos de suma importancia. El primero, sobre el cual estableceremos una clara diferencia de nuestra variable de estudio (Sobredependencia Afectiva), corresponde a lo que se conoce como Dependencia afectiva o emocional, y puede suscitar muchas contradicciones, dado que si bien algunos autores adoptan una postura considerada sana o normal, como Halpern (2001), quien propone que probablemente, hay un elemento adictivo en todas las relaciones sentimentales, y en sí mismo, no tiene por qué ser malo (de hecho, puede añadir fuerza y placer a la relación); otros se empeñan en darle un cariz patológico en diversos niveles. Por ejemplo, May, citado por Lòpez, Escalante, Fonseca, Santana y Carbajal (2011); refiere de la dependencia emocional que es una vinculación insana basada en el dolor, la rabia y el miedo, en un ambiente abusivo, posesivo e inaccesible, la cual se basa en el desequilibrio y la desigualdad, ya que una persona es sometida por otra. De

igual forma, al encontrarnos frente a la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones. También, Norwood (2006), presenta el término bajo la concepción de hombres y mujeres “que aman demasiado” y que en consecuencia son adictos al deseo de amar, por lo que quienes amamos en forma obsesiva, estamos llenas de miedo: miedo a estar solas, miedo a no ser dignas o a no inspirar cariño, miedo a ser ignoradas, abandonadas o destruidas. Damos nuestro amor con la desesperada ilusión de que el hombre por quien estamos obsesionadas, se ocupe de nuestros miedos. En cambio, los miedos –y nuestra obsesión- se profundizan hasta que el hecho de dar amor para recibirlo, se convierte en la fuerza que impulsa nuestra vida. En éste trabajo, se adopta la postura inicial, considerando la dependencia como un componente necesario en una relación de pareja, que eventualmente podría adoptar un cariz patológico, como veremos más adelante, que será estudiado con detenimiento a lo largo de la investigación.

El término “dependencia afectiva” aparece en el ámbito psicológico a fines de los años sesenta, diferenciándose de la dependencia fisiológica, dado que ésta expresa una relación patológica de dependencia hacia una sustancia (drogas, alcohol, fármacos, etc), y no una “adicción” psicológica a la relación amorosa o la pareja (Nazare-Aga, 2001).

A éste respecto, una aclaración: el término “adicción al amor” es frecuentemente usado en libros de autoayuda, definido como la necesidad irresistible de tener pareja y estar con ella, la preocupación constante por acceder al otro y un sentimiento devastador ante la posible ruptura, el deseo de ser amado sin importar cómo. Es similar al concepto de dependencia emocional al comparar a la persona objeto de dependencia con una droga (...), pero incurre en errores y es considerado un término poco riguroso y descriptivo (Cid, 2007), aunque muy conveniente para su uso metafórico.

A todas luces entonces, no nos referimos a una cuestión patológica o que involucre algún tipo de daño a alguno de los miembros de la pareja. De hecho, Villegas (2005) aclara que la entrega completa y total se convierte en la base para la dependencia, que idealmente se concibe como interdependencia o dependencia complementaria entre los miembros de una pareja, pero que con demasiada frecuencia, al pasar el tiempo termina por dar lugar a una relación de dominancia-sumisión.

Son numerosos los factores que terminen desplazando a los miembros de la pareja a tal situación. Cada autor considera situaciones distintas. Por ejemplo, las “Necesidades de

Dependencia”, que de acuerdo a Pérez, Contreras, Zúñiga y Gutiérrez (2005), aclaran que todos los seres humanos las poseemos: tenemos necesidades y sentimiento de dependencia, expresados bajo el deseo de ser mimados, que se nos cuide sin mayor esfuerzo por nuestra parte, que velen por nuestro bienestar, etc. En suma, que satisfagan nuestras ansias de cuidado y protección.

El origen de esta situación se sitúa en los inicios de nuestro desarrollo. Labonte (2010) menciona que nuestra forma de amar se ve condicionada desde el principio de nuestra vida por el entorno familiar, reproduciendo los comportamientos observados a los que nos hemos adecuado, durante la adolescencia y luego durante nuestros años de jóvenes adultos con las parejas afectivas de nuestra elección, ya que la manera en la que hemos sido amados, influye en cómo amaremos a los demás. Sin embargo, para hablar de una pareja, hemos de conceptualizar ésta como un vínculo que establecen dos personas basadas en el amor en distintas etapas, desarrollando intimidad y compromiso de vida en común. Dado esto, es pertinente señalar que la elección de una pareja, llamémosle, el “enamoramamiento”, no es una decisión consciente o un acto de voluntad, sino más bien un hecho que surge con un componente sexual y una variante de transitoriedad, en la que se forman lazos basados en el anhelo del escape de la soledad ante el desmoronamiento de las barreras del yo. Pasada esta etapa al descubrir las inconsistencias propias del otro y del sí mismo, o bien se disuelven los lazos afectivos, o inicia el verdadero amor (Pérez et al, 2005).

Entonces, ¿dónde es la diferencia entre Dependencia y Sobredependencia Afectiva? Evidentemente no todas las relaciones de pareja manifiestan ésta situación, y de desarrollarla, no ocurre bajo las mismas situaciones para todas. Es normal el deseo de permanecer con el otro, necesitarlo e indudablemente sentirnos más felices, completos y plenos en compañía del ser amado, con un placer exento de conveniencias sexuales, económicas o de otra índole; una necesidad carente de la fuerza necesaria para ser considerada como “Sobredependencia” en una persona normal, ya que su importancia es innegable, pero no absolutamente imprescindible para mantener la propia estima de un individuo. La magnitud de los sentimientos y comportamientos implicados en una pareja con uno o ambos miembros con perfil de sobredependiente, es diferencialmente notoria, ya que la necesidad se hace apremiante, llegando a idealizar al otro para que les suministre el afecto del cual están carentes, y para acallar el dolor y el desprecio que les

embarga en la soledad; ellos buscan algo que ni saben qué es, pero que confunden con adhesión extrema, sumisión e idealización (Castelló, 2006).

Es pertinente hacer aquí una aclaración inicial al aproximarnos a trabajar con el término “Sobredependencia Afectiva”. Si bien es escasamente usado en literatura científica como tal, sí ha sido estudiado bajo otras acepciones, las cuales dan a conocer el fenómeno y proporcionan un marco referencial para su comprensión, evaluación, diagnóstico y tratamiento. Gramaticalmente, el adicionar el prefijo “sobre” al término “dependencia”, le añade una connotación de adición o aumento; es decir, vemos magnificados los efectos de la dependencia como adicción. El uso no es metafórico, sino que perfectamente posible y extremadamente corriente de acuerdo a Halpern (2001), quien menciona que el elemento adictivo no está en la sustancia, sino en la persona que sufre la adicción. En las relaciones amorosas, este elemento adictivo toma la forma de una necesidad compulsiva de conectar y mantenerse en conexión con una persona en especial. Ciertamente el amor, el mutuo apego, genera de por sí una dependencia, ya que los enamorados “no pueden vivir el uno sin el otro”, extrañan sus presencias, recuerdan los momentos más significativos de la relación continuamente (Rodríguez, 1995), y empiezan a darle demasiada importancia a la pareja, o a la habituación de la relación de pareja. Si ésta empieza a hacerles daño, a ser insatisfactoria o llanamente nociva y aun así el sujeto desea permanecer con el objeto amoroso (Nazare-Aga, 2001), claramente distinguimos una Sobredependencia.

De acuerdo a Pérez et al, (2005), es el conjunto de expresiones basadas en pensamientos irracionales sobre la imperiosa necesidad que una persona siente que tiene para recibir afecto de alguna otra que le parezca significativa. La pareja, merecedora de ésta significancia es quien real o imaginariamente colma las proyecciones del sobredependiente, colmando sus déficits de seguridad, estima, reconocimiento, compañía, sexo, cariño, afecto, saber, ser, poder, etc. Quien padece Sobredependencia, teme o imagina morir separado del otro, aferrándose a la relación aunque ésta esté envenenando o amargando su vida (Villegas, 2005).

Otra diferencia bastante concisa entre lo que es Dependencia y Sobredependencia Afectiva, la brinda Scott (1981), quien manifiesta que cuando se necesita a otra persona para vivir, podemos hablar de una persona inmiscuida en una relación donde no hay ninguna libertad, ninguna elección. Es cuestión de necesidad antes que de amor, pues el

amor es el libre ejercicio de la facultad de elegir. Dos personas se aman únicamente cuando son capaces de vivir la una sin la otra, pero deciden vivir juntas.

Se encuentra entonces un punto importante en lo que respecta a la Sobredependencia: no existe el libre albedrío. La persona se ve completamente limitada, por cuenta propia, a actividades autónomas. Se ha vuelto no más que un parásito del otro a quien vive para complacer y servir, olvidando que el objetivo de una relación amorosa no corresponde a una cuestión servil, sino a una situación altruista. Nazare-Aga (2001) refiere que quien padece una Sobredependencia Afectiva “cree ser capaz de encontrar el equilibrio y dar un sentido a su existencia mediante otra persona”, llega a aferrarse tanto a ésta, quien se dignó a elegirla como pareja, que no hay retorno a la elección o al discernimiento de si ésta le conviene en realidad. En un enfoque más Psicoanalítico, pero igual de conciso, Person (2008) refiere que en sus formas más extremas, el sometimiento deviene en un empobrecimiento del self mayor que su enriquecimiento. El amante puede perder el orgullo de sí mismo como protector y proveedor de vida, fiel a una persona y una causa valiosa, y convertirse en nada más que el apéndice de la amada. Ésta es una caracterización propia de un amor neurótico, en donde la sumisión es considerada como un impulso opuesto a los objetivos del amor, ya que éste busca la preservación de la persona amada y del self, cosa que no ocurre si se encuentra en la constante búsqueda de la fusión con el otro, ya que conllevaría a una desestabilización y “corrupción” de dicho sentimiento.

Es notoria la caracterización del género femenino como el que se encuentra más predispuesto al sometimiento, como forma fundamental de establecer su identidad como “proveedoras de protección” (Person, 2008). No nos limitaremos sin embargo a cuestiones de estereotipos o roles de género, ya que el varón también puede verse asaltado por esta condición emocional, como refiere Norwood (2006). Por ejemplo, las mujeres, tanto por convenciones sociales como posiblemente por su propia naturaleza, presentan tendencias más pronunciadas a la empatía y la vinculación afectiva. El hombre sin embargo, tiene más accesible el camino de la desvinculación afectiva de los demás, y por consiguiente la hostilidad y el individualismo (Cid, 2007).

Para concluir, se define la Sobredependencia Afectiva como el conjunto de expresiones basadas en pensamientos irracionales sobre la imperiosa necesidad que una persona siente que debe realizar para recibir afecto de otro significativo, llegando a desligarse

por completo de sí misma para satisfacer al otro, incrementándose así el número de manifestaciones ansiosas, disminuyendo la autoeficacia e incrementando la dependencia pasiva (Pérez et al, 2005).

### ***B) Perfil de la persona con Sobredependencia Afectiva:***

Dada la definición que se ha otorgado al término de Sobredependencia Afectiva a modo de patología, es pertinente realizar un análisis de los rasgos característicos de una persona que la padezca con el fin de tipificar de manera más concisa, aquellas situaciones en las que podamos identificarla con facilidad. Castelló (2006) las divide en 3 áreas relevantes para el ser humano, acotando que no es preciso el cumplimiento de todas ellas, sino que a mayor cantidad y calidad de las mismas, más probabilidades se tiene de enfrentarnos a una persona con un mayor grado de Sobredependencia. Sin embargo, tres de ellas marcan especial significancia por cuanto su presencia ya podría ser indicador de alarma. Estas son: Baja Autoestima, Miedo e Intolerancia a la Soledad y Tendencias a establecer a lo largo de la vida relaciones de Pareja Desequilibradas. Posteriormente, las agrupa en criterios diagnósticos, presentados más adelante. Las características de acuerdo a las áreas, de una persona con Sobredependencia Afectiva de acuerdo a Castelló (2006), entonces son:

- Área de las Relaciones de Pareja: La relación con el otro es la parte más significativa y relevante en una pareja. A pesar de que el hecho de establecer una relación afectiva no es sencillo y se den situaciones de soledad en ocasiones forzada (debido a la falta del objeto que corresponda los afectos) o ficticia (como noviazgos por Internet o a distancia que eluden el reto real de una relación cercana), se dan ciertos rasgos que caracterizan la interacción en esta modalidad:
  - Necesidad Excesiva del otro, deseo de acceso constante a él. Esto se puede traducir en búsqueda contante y excesiva de formas de comunicación con el otro como llamadas, mensajes, uso de cuentas en redes sociales, apariciones inesperadas en lugares donde se encuentre, proponer actividades siempre en su compañía incluso para cuestiones de índole personal, etc. Esto se asemeja mucho al craving, característico de los adictos a sustancias.
  - Deseo de Exclusividad en la Relación, que suele ser bidireccional. Por una parte el sobredependiente se aísla de su entorno para pertenecerle y dedicarse por entero al

otro; y por otra ansía que éste haga lo mismo por él.

- Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa, esto es muy observable dado que la pareja pasa a ser “el centro” de la vida del sobredependiente, no dejando lugar para nada ni nadie más. Muchas veces se encuentra que el afectado abandona todas sus relaciones o responsabilidades en función al cumplimiento de los deseos, caprichos o pensamientos del objeto de sus afectos.
- Idealización del objeto, incluso después de haber conocido sus defectos con el paso del tiempo. El objeto de afecto representa todo de lo que carece el sobredependiente, como seguridad en sí mismo, autoaprecio y posición de superioridad sobre otros. No busca entonces una relación de cariño o igualitaria, sino que se adhiere al otro con sus ideas distorsionadas, considerándolo como el culmen de sus aspiraciones y deseos, aunque en el fondo sepa que no es así.
- Relación basada en la subordinación y sumisión, que es casi una respuesta inmediata a lo anterior, ya que el sobredependiente se “pliega” a los deseos del otro con prontitud, como una forma de demostrar sus sentimientos y preservar la relación. Puede terminar en una espiral de dolor, humillación y anulación de sí mismo de la que es bastante difícil escapar.
- Historia de Relaciones de pareja desequilibradas, la vida amorosa del sobredependiente parece una rápida sucesión de relaciones tormentosas y desequilibradas, desde la adolescencia o inicios de la adultez. Evidentemente no se trata de una cuestión al azar, sino de los patrones conductuales que ha adoptado el sujeto. Sin embargo también pueden darse las “relaciones de transición” en las que el Sobredependiente asume un rol dominante o desinteresado con el otro a fin de evitar una situación de soledad.
- Miedo a la Ruptura, correspondiente a la ansiedad de separación en la que el Sobredependiente teme la separación definitiva de la pareja, ya sea ésta real o ficticia, consecuentemente aferrándose a ésta, con excesiva aprehensión y tensión.
- Asunción del sistema de creencias de Pareja, que se da en fases avanzadas de la relación, el Sobredependiente hace suyas ideas, creencias o pensamientos que realmente provienen de la pareja. Esto se basa en la idea de superioridad de la pareja, inferioridad del Sobredependiente, la culpabilidad en la relación y el concepto de la relación.

- Área de las Relaciones con el Entorno Interpersonal: el Sobredependiente Emocional no sólo expresará la patología con la pareja, sino que existen ciertos comportamientos en el trato con otras personas significativas cercanas a su entorno, como familiares, amigos o allegados al entorno laboral. Así tenemos:
  - Deseo de exclusividad hacia otras personas Significativas, por ejemplo, en el grupo amical siempre existirá preferencia hacia una persona determinada. No saben cómo fundamentar sus relaciones interpersonales de manera equilibrada, respetando la autonomía e individualidad del otro, sino que exigen y focalizan su atención de manera desmedida en el objeto de atención.
  - Necesidad de Agradar, buscando la aprobación del resto, su aceptación y la inclusión al grupo. Es una manifestación del autorechazo que sienten, y su continua focalización en los demás para sentirse mejor, buscando en otros el sentido de su existencia.
  - Déficit de Habilidades Sociales, como falta de asertividad, no saber expresar sus intereses personales, no comprenden la reciprocidad, la correspondencia del afecto, el cariño y el interés. Sus creencias irracionales perturban sus relaciones sociales notoriamente.
- Área de Autoestima y Estado Anímico: no es únicamente la excesiva necesidad del otro lo que afecta al sujeto Sobredependiente. También afecta profundamente su percepción de sí mismo, convirtiéndose en personas que suelen tener un ánimo triste, valorándose poco, dando la impresión de estar en continuo sufrimiento si no obtienen lo que buscan (por ejemplo ante una situación de inminente ruptura o de soledad). Entonces observamos:
  - Baja Autoestima, es tan penosa la concepción de sí mismos, que buscan refugiarse en otros para huir de sí mismos. De hecho, “baja autoestima” es de por sí un término que no hace justicia al estado en que se encuentran estos sujetos, que también manifiestan autodesprecio, autorechazo, odio e incluso asco a sí mismos.
  - Miedo o Intolerancia a la Soledad, relacionado con el punto anterior, en que todo lo que percibe de sí mismo hace que evite el estar consigo mismo. Así considera que estar con alguien más, es la única solución a su dolor y penas.
  - Estado de Ánimo negativo y Comorbilidades frecuentes, que fluctuarán en el tiempo en consonancia con las circunstancias emocionales de momento, que como se

refieren a estados de ansiedad, tensión y angustia, lógicamente otorgarán un cariz negativo a su ánimo

Entendida la postura clínica de éste estudio, se cree pertinente indicar los criterios diagnósticos que presenta Castelló, citado por Cid (2007), quien propone incluir el llamado “Trastorno de la Personalidad por Necesidades Emocionales” en alguna clasificación de trastornos mentales. La definición que otorga para el mismo, guarda estrecha concordancia con las definiciones de Sobredependencia Afectiva, que anteriormente presentaron varios autores, y es “una tendencia persistente a las relaciones de pareja, caracterizadas por el desequilibrio entre ambos miembros; la necesidad afectiva claramente excesiva hacia la otra persona y el sometimiento inapropiado hacia ella, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos”. Para él, el perfil de un paciente con éste trastorno, ha de cumplir con al menos cinco de los siguientes criterios:

- Necesidad excesiva de la pareja, que deriva en contactos muy frecuentes y a veces inapropiados, que no se deben a dificultades cotidianas, toma de decisiones o asunción de responsabilidades.
- Elección frecuente de parejas egoístas, presuntuosas y hostiles, a las que se idealiza con sobrevaloraciones constantes de sus cualidades o de su persona en general.
- Subordinación a la pareja como medio de congraciarse con ella, para facilitar el equilibrio de ambos miembros de la relación.
- Prioridad de la relación de pareja sobre cualquier otra cosa, que puede ocasionar una desatención prolongada de aspectos importantes del sujeto como, su familia, su trabajo o sus propias necesidades.
- Miedo atroz a la ruptura de la pareja, aunque la relación sea desastrosa, con intentos frenéticos de reanudarla si se rompe.
- Autoestima muy baja, con menosprecio de las cualidades personales, o minusvaloración global del sujeto como persona.
- Miedo e intolerancia a la soledad.
- Necesidad excesiva de agradar a las personas, con preocupaciones continuas sobre la propia apariencia física o sobre la impresión que ha generado en ellas.

Por otra parte, Norwood (2006), propone características similares. Se ha reemplazado el

término “hombre” por “pareja”, dado que la autora refiere “no pretendo implicar que las mujeres sean las únicas que aman demasiado. Algunos hombres practican ésta obsesión con las relaciones, con tanto fervor como podría hacerlo una mujer (...)”. Las características típicas propuestas entonces, son:

- Proviene de un hogar disfuncional que no satisfizo sus necesidades emocionales.
- Habiendo recibido poco afecto, trata de compensar indirectamente esa necesidad insatisfecha proporcionando afecto, en especial a parejas que parecen, de alguna manera, necesitados.
- Debido a que nunca pudo convertir a su(s) progenitor(es) en los seres atentos y cariñosos que usted ansiaba, reacciona profundamente ante la clase de parejas emocionalmente inaccesibles a quienes puedo volver a intentar cambiar, por medio de su amor.
- Como le aterra que la abandonen, hace cualquier cosa para evitar que una relación se disuelva.
- Casi ninguna cosa es demasiado problemática, tarda demasiado tiempo o es demasiado costosa si “ayuda” a la pareja con quien se está involucrada.
- Acostumbrada a la falta de amor en las relaciones personales, está dispuesto a esperar, conservar esperanzas y esforzarse más para complacer.
- Está dispuesta a aceptar más del cincuenta por ciento de la responsabilidad, culpa y reproches en cualquier relación.
- Su amor propio es críticamente bajo, y en el fondo usted no cree merecer la felicidad. En cambio cree que debe ganarse el derecho de disfrutar la vida.
- Necesita con desesperación controlar a su pareja y sus relaciones, debido a la poca seguridad que experimentó en la niñez. Disimula sus esfuerzos por controlar a la gente y las situaciones bajo la apariencia de ser “útil”.
- En una relación, está mucho más en contacto con su sueño de cómo podría ser, que con la realidad de su situación.
- Es adicto a tener parejas y al dolor emocional.
- Es probable que esté predispuesto emocionalmente y, a menudo, bioquímicamente, a volverse adicto a las drogas, alcohol y/o a ciertas comidas, en particular a los dulces.
- Al verse atraída hacia personas que tienen problemas por resolver, o involucrada en

situaciones que son caóticas, inciertas y emocionalmente dolorosas, evita concentrarse en su responsabilidad para consigo mismo.

- Es probable que tenga una tendencia a los episodios depresivos, los cuales trata de prevenir por medio de la excitación que le proporciona una relación inestable.
- No le atraen las parejas que son amables, estables, confiables y que se interesan en usted. Esas personas “agradables”, le parecen aburridas.

A modo de refuerzo, Halpern (2010) menciona cinco “síntomas” que permiten identificar si la decisión de permanecer en una relación amorosa infeliz, está basada en la preferencia y el compromiso, o si se trata de una adicción. Éstos son:

- Aunque su propia opinión objetiva (y quizá la de otros), le dice que la relación es negativa para usted y no espera ninguna mejora, no toma ninguna medida efectiva para romper con ésta.
- Busca motivos sin pies ni cabeza para quedarse en ésta relación infeliz, y no son lo suficientemente sólidos como para equilibrar los aspectos negativos de la relación.
- Cuando piensa en acabar la relación, siente verdadero pavor y se engancha todavía más a ésta.
- Cuando toma medidas para acabarla, sufre un agudo síndrome de abstinencia, que incluye desarreglos físicos, que sólo se alivian recuperando el contacto.
- Cuando la relación se ha terminado de verdad (o fantasea con que realmente ha terminado), siente la pérdida, la soledad y el vacío de una persona eternamente exiliada –a menudo seguidos o acompañados por un sentimiento de liberación.

Habiendo mencionado además a la Sobredependencia como un símil de la adicción a las drogas, Halpern (2010) concluye que la similitud esencial entre los adictos (a una sustancia o a una persona), es el sentimiento de estar incompleto, de vacío, desesperación, tristeza y de sentirse perdido, que la persona sólo puede remediar a través de su conexión con algo o alguien fuera de sí mismo. Dicho “alguien” (o algo), se convierte en el centro de su existencia, y la persona está dispuesta a hacerse mucho daño para mantener su conexión con ella, intacta. Entonces, de encontrarse la mayoría de éstos indicios, se puede estar seguro de que le pertenecen a una persona con Sobredependencia, donde los elementos adictivos se han hecho tan importantes y dominantes, que destruyen la capacidad de la persona de dirigir su propia vida.

Contemplamos entonces puntos similares que conforman el perfil de un sujeto con Sobredependencia afectiva. El patrón que manifiesta se describe a partir de comportamientos emitidos por la persona, que afecte directamente las relación de pareja, y cuya funcionalidad puede derivar en la obtención de atención, mantenimiento de la cercanía o la evitación de ciertos eventos amenazantes, como una discusión fuerte o la pérdida del vínculo afectivo (Izquierdo y Gómez Acosta, 2013), y necesariamente, ha de provocar dificultades en otros aspectos de la vida del sujeto (familiar, laboral, social, etc). Cabe mencionar que aunque las conductas típicas de un patrón de Sobredependencia parecen orientarse únicamente a un contexto de pareja, Castelló (2006) menciona que puede darse aún en personas sin pareja, pero que emitan comportamientos encaminados a buscar el establecimiento de relaciones amorosas.

### ***C) Dimensiones de la Sobredependencia Afectiva:***

Este apartado expone aquellas dimensiones fundamentales que engloban las características ya apreciadas, de una persona caracterizada como Sobredependiente Emocional. Una postura integradora de acuerdo a Cid (2007) propone seis dimensiones básicas, que señalan que la necesidad extrema del sobredependiente emocional, no se restringe a la propia dependencia instrumental (búsqueda de protección y falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social, indefensión, dificultades para tomar decisiones y asumir responsabilidades), sino que se extiende a una dependencia emocional propiamente dicha, que engloba:

- **Ansiedad de Separación:** son expresiones emocionales de miedo que se producen ante la posibilidad de disolución de la relación, el temor por el abandono, la separación o el distanciamiento. Ésta dimensión genera y refuerza las pautas interpersonales del sobredependiente. La persona se aferra demasiado a su pareja, le asigna significados y la sobrevalora, percibiéndola como necesaria para poder vivir feliz y en calma, y como opción principal y directa para no sentir la angustia que le genera la soledad. Las creencias que surgen al respecto, son del tipo: “Necesito saber dónde está mi pareja, de lo contrario estoy intranquilo(a)”, “Si mi pareja se ausenta por unos días, siento que el mundo se me viene abajo”, “Me preocupa muchísimo la idea de ser abandonada(o) por mi pareja”.
- **Expresión Afectiva:** necesidad del sujeto de tener constantes expresiones de afecto d

su pareja, que reafirmen el amor que sienten, y que calme la sensación de inseguridad. La desconfianza por el amor de la pareja y la necesidad de un amor incondicional, lleva a que el sobredependiente emocional demande de su pareja, constantes expresiones de afecto que le aseguren que es amado. Se dan creencias del tipo: “Necesito que mi pareja sea expresiva conmigo”, “Necesito a una persona, para ser más especial que los demás”, “Mi pareja debería expresarme constantemente afecto. De lo contrario, no me ama”.

- **Modificación de Planes:** el cambio de actividades, planes y comportamientos debido a los deseos implícitos o explícitos por satisfacer a la pareja o por la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con ella. Para el sobredependiente emocional, la pareja es el centro de su vida, de modo que no existe nada más importante, incluyéndose a sí mismo, sus hijos, el resto de la familia, los amigos, e incluso el trabajo. Lo importante es estar atento a las necesidades, deseos o incluso caprichos de la pareja, con el fin de satisfacerlos. Adicionalmente, ésta dimensión hace referencia al deseo de exclusividad en ambos sentidos: tanto del sobredependiente que deja de involucrarse en otras actividades para estar enteramente dispuesto para su pareja; como en el deseo de que ésta, haga exactamente lo mismo.
- **Miedo a la Soledad:** el sobredependiente, por encima de cualquier cosa, es consciente de su necesidad del otro, considerando que no puede vivir sin su pareja y que necesita contar con ésta, a su lado. Se evidencia el temor por no tener una relación de pareja o sentir que no es amado. Ante la aterradora perspectiva de la soledad que significa la ruptura, el sobredependiente hará lo posible por evitarla, retornar a una relación nociva, o encontrar otra pareja en el menor tiempo posible.
- **Expresión Límite:** son manifestaciones que surgen frente a la pérdida (real o imaginaria) de la relación, ya que para el sobredependiente emocional, la ruptura es un evento catastrófico que lo enfrentará a la soledad y la pérdida del sentido de la vida. Así, éste a modo de estrategia, realizará acciones y hará expresiones impulsivas de autoagresión, relacionadas con las características de una persona con trastorno límite de la personalidad. Ésta dimensión está conformada por enunciados que describen eventos pasados, conceptos actuales sobre sí mismo, y creencias sobre lo que se podría llegar a hacer para retener a la pareja (“Si me dejas me mato”, “Soy

capaz hasta de arriesgar mi vida por él, porque lo amo”, “Soy alguien débil, así que lo necesito en mi vida”).

- Búsqueda de atención: se tiende a la búsqueda activa de atención exclusiva de la pareja para asegurar su permanencia en la relación y tratar de ser el centro en la vida del otro. Se expresa a través de la necesidad psicológica que tiene el dependiente hacia su pareja, por lo que llevará a cabo lo que sea necesario para tener siempre su atención, incluso si dichos comportamientos son inapropiados o nocivos para la persona.

Por otra parte, bajo el criterio de Pérez (2005) consideraremos pertinente emplear las siguientes dimensiones, las mismas que serán exploradas en la población estudiada:

- Ansiedad: Es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante y reaccionar ante situaciones potencialmente peligrosas. La ansiedad moderada nos ayuda a mantenernos concentrados y afrontar los retos que vienen por delante. Sin embargo en grados elevados puede ya resultar pernicioso. Su forma de manifestarse es bajo respuesta de tipo fisiológico, cognitivo o de conducta, siendo éstas:
  - Reacciones Fisiológicas o Corporales: trabajan a nivel de los sistemas del organismo. Tenemos las cardiovasculares (palpitaciones, pulso acelerado, elevación de la tensión arterial), respiratorias (sensación de ahogo, sofocamiento, respiración rápida y superficial sensación de opresión del pecho), gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, aerofagias, y diversas molestias digestivas), genitourinarias (sensación frecuente de miccionar, enuresis, impotencia, frigidez o eyaculación precoz), neuromusculares (tensión muscular, temblores u hormigueos en las extremidades, dolores de cabeza por causas tensionales, fatiga y somnolencia excesivas) y neurovegetativos (sequedad de la boca, sudoración excesiva, mareos y frialdad en las palmas de las manos).
  - Reacciones Conductuales, Motoras u Observables: son claramente manifestadas por el individuo y percibidas por su entorno. Comprenden hiperactividad, parálisis

motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo u otras dificultades en la expresión verbal y las conductas evitativas.

- Reacciones Subjetivas, Cognitivas o de Pensamiento: Manifiestan particularmente acepciones del pensamiento del sujeto, sin saber el grado de intensidad de las mismas. Se encuentran aquí la preocupación, inseguridad, temor o miedo, aprehensión, pensamientos negativos (de inferioridad o discapacidad), la anticipación de peligro o amenaza, la dificultad de concentración y para la toma de decisiones, y una sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.
  
- Baja autoeficacia: la Autoeficacia es la “opinión afectiva” que se tiene sobre la posibilidad de alcanzar determinados resultados, ergo, la confianza en sí mismo de alcanzar nuestras metas de forma exitosa. Las causas más comunes que disminuyen esta percepción son: percibir los eventos como incontrolables, creer que la propia conducta está más regulada por factores externos que por uno mismo, hacer uso de un estilo atribucional donde siempre se es responsable de lo malo y no de lo bueno. A la larga, ello genera un esquema propio de desconfianza e inseguridad, con el que se empieza a anticipar la imposibilidad del éxito y consecuentemente a evitar las situaciones de reto. Poco a poco la evitación va formando parte del estilo de vida, con lo cual el sujeto irá buscando en otros el apoyo que no percibe en sí mismo.
  
- Dependencia pasiva: si alguien lleva su vida regida por las “Necesidades de Dependencia”, podría decirse que padece de un Trastorno de Personalidad Dependiente Pasivo. Éstas personas tratan constantemente de encontrar a alguien que las haga sentir amadas, como si solos tuvieran una especie de “vacío interior”, no pueden sentirse completos ni colmados por cuenta propia. No poseen un verdadero sentido de la propia identidad y se definen sólo por sus relaciones. Para un diagnóstico, se emplea el término “pasivo” y el término “dependiente” para señalar a un individuo que esté más interesado en lo que los demás puedan hacer por ellos, que en lo que ellos puedan hacer por los demás. No se refiere a que nunca hagan cosas por otros, sino que el motivo que les mueve a hacerlo es el consolidar el apego de esas personas para asegurar sus cuidados. De no recibirlos, estas personas

se verán en grandes dificultades para hacer cosas. En suma, no es un amor (y mucho menos un amor altruista), es únicamente un acto de “apego” por cuestión de necesidades no satisfechas.

- Creencias irracionales: las personas suelen poseer numerosas creencias, cogniciones, pensamientos o ideas sobre sus acontecimientos activadores, los cuales de forma importante y directa ejercen fuerte influencia sobre sus consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales sobre lo llamado “perturbaciones emocionales”. Estos pensamientos son dados por predisposiciones biológicas o genéticas, antecedentes constitucionales, anteriores aprendizajes interpersonales o sociales y patrones de hábitos adquiridos y predisponentes.

#### ***D) Propuestas Teóricas:***

Como cualquier concepto psicológico, éste surge de una situación en concreto y posee componentes específicos. Diversos enfoques se encargan de explicar esta problemática de la mejor manera posible. Dadas las similitudes encontradas, se agrupan las teorías propuestas de acuerdo a las concepciones de sus autores.

Marmar (1988) citado por Sue, Sue y Sue (2010) se atiene a un punto de vista Psicodinámico, en el que señala el inicio de una personalidad Dependiente (Sobredependiente) como resultado de la privación maternal, causando fijación en la etapa oral del desarrollo. Esta propuesta podría encontrar sustento además en la Teoría Bioenergética de Alexander Lowen (1985), quien considera un Carácter denominado Oral, el cual entre sus principales rasgos señala la dependencia a otros, temiendo al rechazo, que en esta personalidad adopta la forma de temor a la pérdida del objeto amoroso, representando para sí una amenaza. De hecho, también el psicoanálisis asocia la depresión a este temor. Para esta corriente, la Sobredependencia como patología procedería de una etapa infantil en la que el sujeto parece no haberse podido separar simbólicamente de la madre (Nazare-Aga, 2010)

Por otra parte, Borstein (1997) citado por Sue, Sue y Sue (2010) descubre que la dependencia está asociada con los estilos de cuidado parental perfilados como autoritarios y sobreprotectores, los cuales evitan que el niño desarrolle sensaciones de autonomía y autosuficiencia, llegando posteriormente a desarrollar conductas

claramente dependientes, que si son reforzadas en la familia o el entorno, según el enfoque Conductual promoverán este tipo de comportamiento a futuro, lo cual pasada la adolescencia y entrada a la edad adulta, puede dar como resultado a una persona incapaz de valerse por sí misma, teniendo que efectuar una ligazón con otra, especialmente si de un vínculo afectivo se trata.

También desde una perspectiva sistémica, Bolwby en 1980 (citado por Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013) propone el Apego como vínculo emocional que desarrolla el niño con sus cuidadores o figuras de apego, el cual proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. Describe la ansiedad de separación que algunos niños presentan y la similitud que ésta tiene con un tipo particular de vinculación inadecuada: el apego inseguro. Dichas similitudes son el temor a la pérdida de la figura vinculada, la búsqueda de proximidad y la protesta por la separación. Así se establece que las interacciones con las primeras figuras de apego y los efectos posteriores en hacer frente a amenazas, determinan el estilo de apego de la persona o un repertorio comportamental, y organizan un conjunto de conductas que enmarcan las relaciones con los otros. Es necesario acotar que si bien la teoría del apego se focalizó de manera prioritaria en las relaciones temprana, posteriormente surgieron estudios que aplicaron estos principios a la edad adulta. Estas investigaciones las iniciaron Hazan y Shaver en 1994 (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013) y las aplicaron al amor en pareja. Ellos sostienen que el comportamiento del adulto en relaciones cercanas está moldeado por las relaciones del niño con sus cuidadores primarios. La tendencia que describen estos modelos, se traducen en las conductas que establecen los infantes y posteriormente los adultos, para lograr la proximidad de las figuras de apego en situaciones de temor, ansiedad o estrés

La propuesta que parece explicar mejor las raíces de la Sobredependencia, y a la cual nos enfocaremos en esta investigación, es la de Halpern (2010) quien propone tres “niveles de vinculación” psicológicos que influyen en la decisión de quedarse en una relación que se sabe que debería dejarse. En primer lugar están las Consideraciones prácticas para no dejarla (...), el segundo nivel son las Creencias que uno mantiene sobre las relaciones en general, sobre las relaciones concretas problemáticas y sobre uno mismo (...) y finalmente está el nivel más profundo de sentimientos y motivos que pueden bloquearnos. Es éste nivel el que recibe el nombre de “Hambre de Cariño” y

tiene sus raíces en la vinculación de un niño con sus padres durante el primer o segundo año de vida. Halpern menciona que cuanto más satisfechas estén las necesidades de cariño a una edad temprana, mejor (...) ya que si como adulto se tienen fuertes vestigios de Hambre de cariño que afecten a sus relaciones actuales, dependerá, en gran parte, de lo que haya ocurrido durante éste vínculo temprano y en las fases de iniciación de su desarrollo. Asimismo, citando a Peele, establece que probablemente haya un elemento adictivo en todas las relaciones, que no se enfoca a una sustancia, sino que el elemento adictivo está precisamente en quien sufre la adicción. En el caso de las relaciones amorosas, éste elemento adictivo toma la forma de una necesidad compulsiva de conectar y mantenerse en conexión con una persona en especial, dando lugar al pensamiento “tengo que conseguir a ésta persona, tengo que mantenerme unida a ella, aunque la relación sea mala para mí”. Precisamente es ésta “Hambre de cariño”, la base de la adicción hacia otra persona, ya que es tan potente que puede anular las Consideraciones prácticas (“ésta relación es perjudicial para mi salud”), hasta las Creencias (“Una persona debería abandonar una relación sin amor”) que se oponen a ella. Halpern (2010), indica que si como adulto se tienen fuertes vestigios de Hambre de Cariño que afectan a las relaciones actuales, dependerá en gran parte de lo que haya ocurrido durante el vínculo que se forjó con la madre y el padre. La primera haciendo una simbiosis segura y cálida con el niño, y el padre ayudando a crear una separación sana entre ella y el niño, con un papel de íntima fortaleza y heroísmo corriente. Tanto una falta de gratificación de las necesidades de cariño en edad temprana o la deficiencia que se tenga en iniciar al niño en el alejamiento de la simbiosis, pueden producir un Hambre de cariño residual que puede llevar al sujeto a buscar relaciones de forma adictiva y aferrarse a ellas.

#### ***E) Etiología:***

En lo que respecta a las causas de este esquema, líneas arriba se han propuesto ya varios acercamientos. La mayoría de ellos evidentemente sitúan el origen en las edades más tempranas del desarrollo del niño, más concretamente en la relación que surge entre el niño y sus padres o cuidadores, donde, no encontrando apoyo adecuado, se dedicará a busca su seguridad en otros sin la debida confianza en sí mismo. Con el tiempo habrá formado patrones de conducta y creencias respecto a sí mismo y a cómo es percibido

por los demás, que al llegar a la adultez con un perfil Sobredependiente, intentará recrear situaciones en las que adopta ciertas conductas con el fin de mantener la complacencia del objeto de afecto, para evitar la ruptura de la relación o el alejamiento de la pareja. A éste respecto encontramos posturas que establecen el origen de la Sobredependencia en el sujeto como individuo, y otras en la pareja como espacio creado por dos miembros, bajo determinadas circunstancias.

Sánchez (2010) propone tres causas fundamentales en las que los padres fallan en dotar al niño de la confianza y estima necesarias para desarrollarse en plenitud cuando llegue a adulto, lo cual le obligará a buscarlas en otras personas significativas. Éstas son:

- **Chantaje Emocional Durante la Infancia:** una persona clasificada como Sobredependiente emocional se forma cuando en su tierna infancia se le enseña que se le amará en la medida en que cumpla con las expectativas de sus padres o quienes le rodean. En caso intente afirmarse o tener cierta autonomía se le castigará o se reprobará el hecho, lo que creará una creencia irracional de que “no debe crearse conflicto o molestias” para no perturbar a el otro significativo y hacer lo que éste comande para asegurarse el afecto.
- **Manipulación y Sentimiento de Culpa:** Se hace uso de la culpa, con la cual el niño mantendrá la actitud deseada. Así, los padres achacarán molestias o malestares a disgustos creados por el menor, con lo cual minarán su estima personal, con la consecuente creación de un sujeto que dude de sus propias capacidades y busque siempre un modelo al cual satisfacer y admirar, aun siendo despreciado o minimizado.
- **Fallos en la Construcción de la Autoestima:** La estima personal y su capacidad para estar sólo se construirán en la medida que los padres le otorguen la confianza necesaria. Si durante la niñez se reciben mensajes contradictorios al respecto de las propias capacidades y no logra interiorizarlas, necesitará de una figura “superior” que esté a su lado para sentirse seguro. De faltar ésta, no podrá soportar la soledad bajo la premisa de su incapacidad para manejarse sin un apoyo, y constantemente estará en la búsqueda de alguien quien le haga compañía.

Por otra parte Duravia (1999) considera como causas factores similares, siendo éstos:

- **Carencia de Confianza Base:** que conducirá a una dependencia agresiva, en tanto que un exceso de la misma, produciría una dependencia afectiva, por la sobreprotección prolongada, acompañada de una resistencia débil. El autor considera entonces que el exceso de afecto es el causante de la dependencia en la persona. Alguien que desde muy pequeño estuvo rodeado de protección, atención y cariño, va formando la convicción de que el orden natural de las cosas es tal y su yo infantil jamás se verá satisfecho en la vida adulta. Su estima personal no será basada en sus méritos personales, sino en lo que los demás perciben de él. Eventualmente entonces, seguirá buscando la aprobación de otros, que no puede encontrar en sí mismo.
- **Cambios drásticos en la Infancia:** que un niño provenga de un ambiente donde el amor y la protección son algo seguro y estable, pero que súbitamente la situación cambie debido a motivos de fuerza mayor, por ejemplo, con la muerte de un progenitor causando un trauma de forma inmediata. Si el niño no ha interiorizado completamente este evento causa un momento negativamente impactante que desestabiliza los patrones de amor seguro que posee. A la larga, cuando llegue a ser un adulto y encuentre en otra persona el amor seguro y desinteresado que le ayude a superar sus desconfianzas, se aferrará a él de tal forma que generará una dependencia mayúscula, siendo incapaz de afrontar nuevamente una pérdida y haciendo todo lo posible por mantener la relación.
- **Traumáticas en la Edad Adulta:** se da si un persona adulta cronológicamente hablando, es aún un niño de manera psicológica (por ejemplo, si no se ha independizado de los padres y sigue necesitando de ellos afectivamente de forma acusada), es entonces que el riesgo de atravesar por una segunda pérdida (real o imaginaria) sean también fuente de extrema ansiedad, preocupación y dolor.
- **Presencia de un Yo débil:** La instancia psicológica que nos pone en contacto con la realidad es el Yo. Si éste es infantil y débil, acostumbrado a las fantasías ilusorias de protección y cariño no enfrentándose al mundo real como el Yo Adulto, no adquirirá resistencia interior y fortaleza. Es entonces que el sujeto debe liberarse de las pretensiones de afecto de los progenitores y constituir la suya propia, haciendo un concepto adecuado de si mismo basado en el valor que él mismo se confiere a sí mismo y a sus méritos. Una vez creado un Yo estimulado y fuerte, poco a poco

caerán los soportes externos, permitiéndole el paso por la vida con sus propios recursos.

Una perspectiva más bien relacional, sistémica o contextual es propuesta por Villegas (2005) quien dice que dado que la Sobredependencia es una de las múltiples modalidades que pueden estructurarse en una relación de pareja, muchas veces se gesta sólo en el seno de una relación específica. Para ilustrar tal caso, menciona que hay personas con predisposición específica a adoptar una actitud sobredependiente en pareja, como otras carentes de ella. Esto explicaría por qué ciertas personas pueden desarrollar Sobredependencia en una relación dada y no hacerlo en una anterior o posterior, así como aprender de sus errores y evolucionar en la concepción de pareja, mientras que otras parecen condenadas a repetir el mismo esquema de sobredependiente afectivo con sus parejas. A tal caso, las causas de la Sobredependencia Afectiva se fundan en la relación de pareja como espacio construido entre dos. A veces, ambos están de acuerdo en definirla de una determinada manera y en construirla conjuntamente; otra vez, las cosas suceden, o así lo interpretan los protagonistas de la historia, de forma más “mágica” o intuitiva; otras, se dejan llevar por los estereotipos dominantes en una sociedad o cultura, por ejemplo de tipo machista o patriarcal, acomodándose a ellos; en otras ocasiones, finalmente, uno de los miembros toma la iniciativa para establecer los parámetros que definen la relación en base a sus características personales, determinadas creencias religiosas, esquemas culturales o pautas relacionales, oponiéndose a cualquier intento del otro miembro de la pareja para modificarlos o negociarlos, no quedándole más remedio a éste que acomodarse o someterse, si no quiere afrontar la ruptura. Así parece evidente que la experiencia amorosa predispone tanto desde el punto de vista fisiológico, como antropológico, cultural y psicológico a una cierta acomodación a las exigencias de la relación, que implican con frecuencia la disolución de las barreras personal que podrían dificultar la creación de fuertes vínculos con los amantes (Villegas, 2005).

### **2.2.2. Depresión**

#### **A) *Definición de Depresión:***

El latín “depressio” significa “hundimiento”, “hundido”, con un “peso existencial” que

impide disfrutar el placer de la vida con plenitud, una serie de características notorias de los pacientes que presentan un trastorno clínico bastante significativo y que resulta de gran importancia para este estudio. Para manifestar su relevancia, tenemos que la Depresión es actualmente la cuarta causa principal de sufrimiento e incapacidad humanos en nuestro planeta; y según predicciones de la OMS, para el año 2020, se habrá incrementado hasta convertirse en la segunda causa más importante de sufrimiento e incapacidad (Yapko, 2010). Ya es bastante frecuente en el mundo actual, sin embargo, calculándose que afecta a cerca de 350 millones de personas a lo largo de globo (OMS, 2012). En el Perú, estudios señalan que al menos un millón 700 mil personas padecen de síntomas depresivos, en el cual uno de cada veinte intenta el suicidio como alternativa, siendo los varones quienes realizan el acto en menor cantidad. Aproximadamente el 71.6% de los casos se registra en mujeres y al menos el 50% de los casos reportados son de adultos jóvenes, aunque la edad promedio de inicio se comprende entre los 25 y 35 (Zubieta, 2014). Datos y cifras alarmantes que nos acercan más a la realidad de la importancia de esta enfermedad silenciosa, cuyo padecimiento ha ido aumentando a lo largo de los años, demostrando ser significativo su estudio para el desarrollo de nuevos tratamientos que sean eficaces, no solamente farmacológicos, sino también psicoterapéuticos, dado su carácter de constructo social. El Instituto Nacional de Salud Mental refiere de manera acertada que quien padece este trastorno, se ve imposibilitado en sus acciones cotidianas, padeciendo tanto dolor que también llega a ocasionárselo a las personas a su alrededor. Visto de ese modo, éste padecimiento podría ocasionar un efecto en cadena, que no solo incapacita a quien lo sufre, sino a su entorno, generando bajas a niveles económico, laboral y social, provocando pérdida a gran escala, lo cual ocurre. Para citar un ejemplo, el costo promedio anual, incluyendo gastos médicos, farmacéuticos y bajas por discapacidad para trabajadores afectados por depresión, puede ser hasta 4,2 veces más alto que para gastos de un asegurado típico (OMS, 2004). No es un hecho aislado sin embargo, lo que resulta más importante. La depresión es un factor de riesgo en el cáncer y trastornos cardiovasculares, lo que a la larga, incurre en mayores gastos en el sector salud y a menor calidad de vida para los pacientes que la padecen (OMS, 2004). Para una aproximación más puntual de éste trastorno del estado de ánimo, se observa como sumamente incapacitante y complejo, caracterizado por un estado anímico bajo

mantenido de forma persistente, que puede ser experimentado por el paciente como tristeza, irritabilidad, abulia, apatía, entre otros (Vásquez, Muñoz, Becoña, 2000).

Se considera también, la combinación de falta de energía con tristeza y desinterés general por las actividades que minan la confianza y autoestima del paciente, con la presencia de síntomas somáticos, y que puede ser de carácter episódico, recidivante o crónico, (Díaz, Gonzáles, 2012). Para una mejor y más detallada caracterización de la Depresión como Trastorno, se analizan más adelante los criterios bajo los cuales ha sido propuesta en el DSM-V, como alternativa para un diagnóstico eficaz para la comunidad científica, en concreto para los profesionales de la salud mental. A ello también se agrega que existen varios tipos de Depresión, de los cuales los más comunes son: Trastorno Depresivo Mayor que puede tener un Episodio Único o Recurrente (y de acuerdo a ello ser Leve, Moderado, Grave, con Características Psicóticas, en Remisión Parcial o Total o no Especificado), Trastorno Depresivo Persistente o Distimia (en remisión Parcial, en remisión Total, o de Inicio Temprano o Tardío) y Trastorno Bipolar.

Ampliando la visión de los criterios diagnósticos, Yapko (2010) señala que la depresión incide en casi todos los aspectos de la vida de una persona, afectando así:

- Salud Física: sobre todo al Sistema Vascolar (de hecho, la relación es tan estrecha que, según algunos, su diagnóstico podría constituir el mejor instrumento de detección temprana de probables enfermedades cardíacas) y de igual modo asociado a la diabetes, el cáncer y la enfermedad de Parkinson entre otros problemas graves de salud. También ha sido relacionado con hábitos contraproducentes como fumar, el abuso de fármacos y comer en exceso
- Procesos Cognitivos-Mentales: identificándose un deterioro significativo de la atención, la retentiva, el procesamiento de información y el discernimiento.
- Productividad: la gente deprimida rinde menos en el trabajo, coge más días de baja por enfermedad, provoca más accidentes e incrementa los niveles de estrés de otros empleados.
- Área Social: los efectos antisociales de la depresión incluyen índices más elevados de conducción bajo efectos del alcohol, violencia laboral y doméstica, así como niveles más altos de conflictos con otras personas, más divorcios y mayor rechazo social.

Por lo cual, se señala ésta enfermedad como aquel trastorno anímico sumamente incapacitante, que afecta a la vida de las personas en varios planos, llegando a causar perjuicio a quien la padece y a aquellos que le rodean (Díaz y González, 2012).

### ***B) Perfil de la persona con Depresión***

En una persona que padece Depresión, se observa una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía (Díaz y González, 2012), con otros síntomas como pérdida de la confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. También pueden ocurrir ciertos síntomas somáticos.

Ya que se plantea la depresión como un constructo de tipo social, de acuerdo a Yapko (2010) las personas deprimidas tienden a tener:

- Menos amigos y más redes sociales
- Más conflictos en sus relaciones con los demás
- Menos apoyo ajeno
- Menos habilidades sociales y menos desarrolladas
- Menos relaciones estrechas
- Menos relaciones gratificantes
- Menos contactos sociales
- Más problemas maritales y más discusiones familiares
- Una visión más pesimista del futuro de sus relaciones

También desde una perspectiva más Cognitiva-Conductual, Yapko (2010) refiere que estas personas y aquellas que también tienen riesgo de padecer depresión, tienden a ver a los demás bajo un *prima* negativo que incluye creencias o afirmaciones de éste tipo:

- Con frecuencia la gente me hace daño
- Estoy más solo o socialmente más aislado de lo que me gustaría
- No puedo reunir la energía necesaria para estar con otras personas, llamar a un amigo, o coger el teléfono siquiera
- En general, evito a los demás, siempre que puedo
- Me cuesta mucho cultivar y mantener relaciones sanas
- A menudo me enfado con la gente

- Con frecuencia los demás me decepcionan
- A veces pienso que las personas felices son ingenuas o estúpidas.

Sin embargo, entre los profesionales de la Salud Mental y de forma más práctica, la Depresión ha sido clasificada en el DSM-5 de acuerdo a ciertos criterios diagnósticos, lo cual permite una mejor tipificación del perfil de una persona que padezca éste trastorno. Para esta investigación, se consideran dos tipos de Depresión: Trastorno de Depresión mayor, y Trastorno Depresivo Persistente o Distimia (F34.1) En el caso del Trastorno Depresivo Mayor, se observa lo siguiente:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes, han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones,

casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

En el Trastorno Depresivo Persistente se agrupan el trastorno de Depresión Mayor Crónico y el Trastorno Distímico. Los criterios a observar son los siguientes:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los

que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

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

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Finalmente, es de suma importancia aclarar entonces que más allá de los síntomas enumerados que comprometan a una persona a ser clasificada como “depresiva”, algunas características a tomar en cuenta, de fácil ubicación de acuerdo al Ministerio de Salud del Perú (2006), para una breve y sencilla identificación, son:

- Estado de ánimo triste o sensación de tensión (ansiedad o nerviosismo)
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.

- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en entretenimientos y actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, sensación de agotamiento o de actuar con gran lentitud.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario, comer más de la cuenta y aumentar de peso (se percibe un desequilibrio alimentario distinto del habitual en comparación con el resto de personas).
- Pensamientos de muerte o ideas de querer morir.
- Intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

### ***C) Propuestas Teóricas***

Cada vez hay más teorías que intentan explicar la Depresión, dado que no todas las depresiones obedecen a las mismas causas y por ello resulta complicado encontrar un tratamiento “universal” para los casos que aparecen. Los diversos postulados han ido surgiendo a través del tiempo, algunos más efectivos para tratamientos que otros, pero todos con formulaciones relevantes. Se consideran aquí las determinadas por Vásquez y otros en el 2000, las cuales son:

- Teoría Biológica: a pesar de la multitud de investigaciones en este campo, aún es escaso el conocimiento sobre el rol de los factores biológicos como causa de la Depresión. Muchas de las propuestas se refieren a alteraciones en uno o más sistemas neuroquímicos del cerebro, especialmente los involucrados con los neurotransmisores del sistema Nervioso Central, lo que involucra las catecolaminas noradrenalina, dopamina, indolamina serotonina y acetilcolina. Friedman y Thase (1995) citados por Vásquez y otros en el 2000, plantean que la depresión, desde un punto de vista biológico se puede entender como una anomalía adquirida o

heredada en la regulación de uno o más de los sistemas neuroconductuales: facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Asimismo se propone que las anormalidades en estos sistemas surgen como consecuencia de interacción entre los procesos estresantes que experimenta el sujeto, y su vulnerabilidad biológica.

- Teoría Conductual de la Depresión: se caracterizan en su mayoría por el uso de metodología científica que como una teoría en sí o un grupo de técnicas, y se apoyan más en sus hallazgos empíricos centrándose más en la conducta que en la historia de aprendizaje. Éste modelo sugiere que la depresión es más bien un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, que pueden influenciar o ser influidas por las cogniciones, conductas, emociones y las relaciones entre los factores. El uso de estrategias conductuales para el cambio de patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción, son la herramienta usada para ellos. Para Yapko (2006) es sencillamente explicado en la premisa “así como lo que piensas tiene consecuencias, también las tiene lo que haces”, dado que todo encaja en el ámbito de la conducta, que influye en las experiencias que se buscan o evitan, en la calidad de las interacciones con otros, en el curso de la acción que se sigue, entre otros; las consecuencias que dan forma a la conducta, son precisamente la base de éste modelo.
- Teoría Cognitiva de la Depresión: que posiblemente sea la propuesta más históricamente fundamentada. El axioma presente para este modelo es que la forma en que el sujeto interpreta un suceso, es más importante que el suceso en sí. Por ello el énfasis va dirigido a la percepción errónea de uno mismo, los otros y los sucesos, que puede dar lugar a sintomatología depresiva. Estos sujetos poseen la tendencia a evaluar de forma negativa de modo que afecta a su proceso cognitivo en lo referente a la autopercepción, autoconcepto, atribuciones, etc. Aaron Beck (citado por Yapko, 2007) sostiene que una cognición es un pensamiento, y las personas deprimidas presentan pensamientos casi invariablemente erróneos o “distorsiones cognitivas” en áreas específicas, especialmente en los que tiene de sí misma, creyendo además que son verdaderos. El abordaje terapéutico entonces se basa en el precepto de que la conducta y los afectos están ampliamente determinados por el modo en que el sujeto

construye el mundo, es decir, por cómo la persona atribuye significados a los hechos o experiencias (Beck, 1967, 1972, 1976; citado por Chappa, 2006). El paradigma en el que hunde sus raíces esta propuesta es el siguiente: “los procesos cognitivos traducen los hechos internos y externos en representaciones o estructuras de significado”, esto enfatiza el papel que poseen las cogniciones en el procesamiento de la información, en especial en los trastornos emocionales, lo cual dirige el proceso de intervención hacia los procesos cognitivos. (Chappa, 2006). Dicho de otro modo “Nuestro modo de enfermar puede enfermarnos, pero también curarnos”.

- Teoría de la Indefensión (o Desesperanza) Aprendida: Seligman (1975) citado por Vásquez y otros en el 2000, lanza la hipótesis de que la depresión es producida si el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y las consecuencias positiva o negativas que le siguen. A consecuencia de ello se produciría el estado propuesto como “indefensión aprendida”, referido al estado de pasividad que genera el sujeto al haber estado expuesto al proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Posteriormente Abramson (1978) reformula esta teoría, enfatizando al tipo de atribuciones que hace el sujeto sobre las causas de su indefensión, como que las atribuciones pueden variar en las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica, estable-inestable, las que determinan los efectos sobre autoestima, cronicidad y generalidad de la indefensión y consecuentemente, la depresión. Mientras se demostró que es probable que los sujetos predispuestos a tener depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales; el patrón opuesto se enfoca en las atribuciones a hechos positivos.

Asimismo, recientemente surge una Teoría a modo de respuesta ante el excesivo y limitante tratamiento farmacológico propuesto por la comunidad médica, que propone que en la actualidad las habilidades sociales han empeorado y las relaciones se han vuelto menos gratificantes y efectivas. Como resultado, el riesgo de padecer depresión ha aumentado. Un aspecto social surge entonces, pero proponiendo causas sociales que han de ser tomadas en cuenta al margen de otros motivos (como los biológicos) que suelen recibir más atención:

- Teoría Interpersonal: Yapko (2007) puntualiza que las buenas relaciones sirven

como protección contra enfermedades físicas y trastornos emocionales de todo tipo, incluida la depresión. Los demás nos proporcionan amor, apoyo, compañerismo y puntos de vista alternativos. Cuando las relaciones van bien, nos parece maravilloso, y si van mal, doloroso. Menciona además que en varias ocasiones, la depresión es causada por problemas en las relaciones, y viceversa, por problemas en las relaciones, pueden ser a menudo causados por la depresión. Así, situaciones como la muerte o pérdida de un ser amado, un divorcio, una ruptura amorosa, el rechazo o desafío y hostilidad, humillaciones, abusos, abandono emocional y aislamiento, que ocurren en el contexto de relaciones cercanas, son los objetivos a tratar de resolver en la intervención interpersonal.

#### ***D) Etiología:***

Existen diversos factores causales que describen el origen y curso de la depresión. Anteriormente se consideraban únicamente las alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores implicados, siguiendo un modelo neurobiológico. Sin embargo las investigaciones recientes apuntan a que existe implicación de varios niveles y sistemas, que no son únicamente nerviosos, sino también endocrinos, inmunes, celulares, moleculares y hasta genéticos (Zandío, Ferrín, Cuesta. 2002).

- **Genéticos:** entre los trastornos afectivos mayores, como es el caso de la Depresión, pareciera existir cierta influencia genética que puede asociarse a la aparición temprana del mismo o a la recurrencia de los episodios. Sin embargo se correlaciona con los factores ambientales desencadenantes. Por ejemplo, se encontraron diferencias individuales en personas sanas, en el genotipo 5-HTTLPR, que es un moderador entre los factores estresantes de la vida y la depresión, ya que mediante resonancia magnética nuclear funcional, personas que posean variantes cortas de los alelos, pueden manifestar una correlación negativa ante el estrés de la vida, y activación de la amígdala a estímulos neutrales, en condición de reposo, así como relación negativa con estímulos de miedo y tristeza. El campo posee otras investigaciones, sin embargo, aún es vasto y no ha sido explorado ampliamente.
- **Biológicos:** es posible que exista un déficit en la producción de ciertos neurotransmisores, alteraciones en su funcionamiento, o problemas con sus receptores, lo que afectaría áreas específicas del organismo. Según Gómez-Restrepo,

Uribe-Restrepo y Alzate (2008), éstos son:

**SEROTONINA:** considerada como la “hormona del Placer y el Humor” ya que su trabajo en el sistema límbico influye en el equilibrio del deseo sexual, e interviene con otros neurotransmisores en el control de estados de ánimo como la angustia, la ansiedad, el miedo y la agresividad, entre otros. Esto sustenta el hecho de que el déficit relativo o absoluto de su producción se vea implicado en el desarrollo de un cuadro depresivo.

**DOPAMINA:** También se la relaciona con el sistema de placer del cerebro. De igual modo, en pacientes con depresión se observó una reducción del metabolito de la dopamina, HVA o ácido homovanílico en el Líquido Cefalorraquídeo. También se encontraron alteraciones del sistema dopaminérgico en pacientes con trastornos depresivos mayores. Si se hacía uso de antidepresivos que estimularan la producción de dopamina, se observaron mejoras significativas en los pacientes.

**NORADRENALINA:** Ésta tiene mucha relación con la serotonina, de hecho, bajas concentraciones de ambas están relacionadas con la aparición de cuadros depresivos.

Exploraciones post-mortem en suicidas, encontraron alteraciones en la actividad noradrenérgica aumentando la unión a los receptores alfa1, alfa2 y beta-adrenérgicos de la corteza cerebral, así como también un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus. De igual modo, estudios en líquido cefalorraquídeo y orina, encontraron fluctuaciones del metabolito de la noradrenalina, el metoxi-4-hidroxifenetilenglicol (MHPG) durante un episodio depresivo mayor. Por otra parte, existen tratamientos que implican casi únicamente la vía noradrenérgica (Hall-Ramírez, pp.13).

- **Anatómicos:** En estudios con pacientes con Depresión Mayor en donde se obtuvieron neuroimágenes, se encontraron características comunes, como la disminución del volumen de su hipocampo, disminución del volumen de las amígdalas o cambios en su simetría (aumento de volumen de la amígdala derecha).

Existen 3 áreas fundamentales en el estudio sin embargo, las cuales son:

**HIPOCAMPO:** Estudios realizados muestran disminución de la materia blanca del hipocampo, así como asimetría hemisférica derecha-izquierda en pacientes con depresión, en contraste con el cerebro de pacientes sanos. Los varones presentaban

menos volumen total de la sustancia negra en el hipocampo izquierdo, cosa no observada en mujeres.

**AMÍGDALA:** Dada la variabilidad de resultados encontrados en diversos estudios, aparentemente no existen diferencias entre el volumen de la amígdala en pacientes sanos y aquellos con Depresión. Sin embargo, al darse la medicación, se observa que ésta por sí sola explica gran cantidad de variaciones en el volumen de la amígdala, ya que a mayor proporción de medicina, mayor volumen de esta estructura. Pacientes depresivos con medicación, mostraban mayor volumen de la amígdala de aquellos pacientes que no consumían pastillas.

**CÓRTEX CEREBRAL:** estudios con resonancia magnética nuclear encontraron que pacientes con depresión en tratamiento, poseían un volumen 32% menor en la corteza orbitofrontal, en comparación con personas sanas, no encontrándose otras diferencias significativas en otras subregiones. Los hallazgos también se refieren a la densidad neuronal y celular glial, que se encuentra reducida en personas con trastorno Depresivo Mayor.

- **Sociales:** Yapko (2010) enuncia que todo el mundo es vulnerable a una depresión, dado que si somos capaces de experimentar estados de ánimo, podemos padecer un trastorno anímico. Y la base para ello se encuentra en el proceso por el cual nos describimos a nosotros mismo como individuos, al tiempo que aprendemos las creencias, costumbres, hábitos, valores, normas y patrones de comunicación, así como demás complejidades de la sociedad en que nacemos, es denominado “socialización”. Algunos de los factores que inciden en la aparición y evolución de la depresión son: edad, sexo, raza, cultura, estatus económico, estado civil y religión. Cada uno de estos agentes comprende muchos más, por lo que el análisis de factores sociales que influyen o desencadenan la depresión, es de gran alcance. Cabe aclarar sin embargo, que la depresión no surge de un vacío cultural, sino que surge en respuesta a las circunstancias del mundo, las familiares, las matrimoniales, las sociales. Al respecto, una forma de pensamiento repetitivo empleado de forma inconsciente y automático para interpretar lo que acontece en la vida e incide en los pensamientos, reacciones y respuestas, denominado “estilo atribucional”, que vamos aprendiendo mediante la socialización, va influyendo en nuestros procesos mentales,

causando una tendencia a la melancolía, y eventualmente, a la depresión.

- Psicológicos: Evidentemente hay una gran influencia de factores de tipo psicológico que tengan que ver con el aspecto emocional o afectivo, que puedan desencadenar la aparición de una patología de este tipo. Por ejemplo, una pérdida ya sea real o imaginaria, circunstancias vitales que causen un estrés agudo o crónico, privaciones tempranas, introyección de objetos perdidos, agresión vuelta contra sí mismo, rasgos de personalidad del tipo obsesivo, sentimientos incrementados de desesperanza, modelos cognitivos distorsionados, traumas de la infancia, abuso sexual, problemática de índole Familiar, Económica, Social, Laboral, entre otras, pueden manifestar desencadenantes que alteren de tal forma la psique del sujeto, que le induzca y propicie la aparición del estado Depresivo. Lógicamente, el desencadenante puede ser un factor crónico o único pero de magnitud percibida por el sujeto como mayúscula. Para Yapko (2007), existen 4 modelos Teóricos que explican la depresión, vistos anteriormente, los cuales son: Modelo Psicodinámico, Modelo Cognitivo, Modelo Conductual y Modelo Interpersonal.

### CAPITULO III: RESULTADOS

#### 3.1. Resultados sobre la distribución según nivel de Sobredependencia Afectiva y nivel de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

**Tabla1.** Nivel de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

Nivel de Sobredependencia Afectiva	N	%
Muy Poco	55	24.6
Poco	34	15.2
Regular	45	20.1
Bastante	33	14.7
Mucho	57	25.4
Total	224	100.0

En los resultados mostrados en la tabla 1, referentes a los niveles de Sobredependencia Afectiva, se observa que el 24.6% de los alumnos registraron muy poca Sobredependencia afectiva, en tanto que el 15.2% se ubicó en el nivel poco, el 20.1% de los alumnos registro un nivel regular, el 14.7% registro bastante Sobredependencia afectiva y finalmente el 25.4% se ubicaron en el nivel mucho.

**Tabla 2.** Nivel de Sobredependencia Afectiva según dimensión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

<b>Nivel de Sobredependencia Afectiva</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ansiedad</b>		
Muy poco	53	23.7
Poco	36	16.1
Regular	42	18.8
Bastante	36	16.1
Mucho	57	25.4
Total	224	100.0
<b>Baja Autoeficacia</b>		
Muy poco	50	25.0
Poco	25	11.2
Regular	48	21.4
Bastante	34	15.2
Mucho	61	27.2
Total	224	100.0
<b>Dependencia Pasiva</b>		
Muy poco	50	22.3
Poco	39	17.4
Regular	42	18.8
Bastante	33	14.7
Mucho	60	26.8
Total	224	100.0
<b>Creencias Irracionales</b>		
Muy poco	52	23.2
Poco	36	16.1
Regular	46	20.5
Bastante	30	13.4
Mucho	60	26.8
Total	224	100.0

En la tabla 2, se puede observar que en todas las dimensiones de la Sobredependencia Afectiva predomina el nivel mucho, con valores que oscilan entre 25.4% a 27.2% seguido por el nivel muy poco con valores fluctuantes entre 22.3% y 25.0%, y luego el nivel regular con porcentajes entre 18.8% y 21.4%.

**Tabla 3.** *Nivel de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

<b>Nivel de Depresión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Leve	52	23.2
Moderada	113	50.4
Grave	59	26.3
Total	224	100.0

En los resultados mostrados en la tabla 3, referentes a los niveles de Depresión, se observa que el 50.4% de los alumnos registraron un nivel moderado, el 26.3% un nivel grave y el 23.2% presenta un nivel de depresión leve.

**3.2. Resultados de la evaluación de la relación entre la Sobredependencia Afectiva y la Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.**

**Tabla 4.** *Correlación entre la Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

	<b>Depresión</b>	
	Coefficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
<b>Sobredependencia Afectiva</b>	0.383	0.000 **

\*\* p<0.01

En la Tabla 4, se observa los resultados de la prueba de correlación de Spearman, la misma que encuentra evidencia de la existencia de una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la “Sobredependencia Afectiva” y la “Depresión” en los estudiantes de la población investigada.

**Tabla 5.** *Correlación entre la Ansiedad y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

	<b>Depresión</b> Coeficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)	
<b>Ansiedad</b>	0.425	0.000	**

\*\* p<0.01

En la Tabla 5, se presentan los resultados de la prueba de correlación de Spearman, donde se observa que existe una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la dimensión Ansiedad de la Sobredependencia Afectiva, con la depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

**Tabla 6.** *Correlación entre la Baja Autoeficacia de Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

	<b>Depresión</b> Coeficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)	
<b>Baja Autoeficacia</b>	0.380	0.000	**

\*\* p<0.01

En la tabla 6, se observa que la prueba de correlación de Spearman detecta una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la dimensión Baja Autoeficacia de la Sobredependencia Afectiva con la Depresión en los alumnos pertenecientes a la población de la investigación.

**Tabla 7.** *Correlación entre la Dependencia Pasiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

	<b>Depresión</b> Coeficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)
<b>Dependencia Pasiva</b>	0.378	0.000 **

\*\* p<0.01

En la Tabla 7, se presentan los resultados de la prueba de correlación de Spearman, la misma que muestra una correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la dimensión Dependencia Pasiva de la Sobredependencia Afectiva con la Depresión en los alumnos involucrados en la investigación.

**Tabla 8.** *Correlación entre las Creencias Irracionales de la Sobredependencia Afectiva y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

	<b>Depresión</b> Coeficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)	
<b>Creencias Irracionales</b>	0.293	0.000	**

\*\* p<0.01

En la Tabla 8, se presentan los resultados de la prueba de correlación de Spearman, donde se puede apreciar que la referida prueba identifica una correlación altamente significativa, positiva y de grado débil, entre la dimensión Creencias Irracionales de la Sobredependencia Afectiva, con la Depresión en los alumnos involucrados en la investigación.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A lo largo de ésta investigación se estudiaron dos temas psicológicos de importancia en la actualidad. En el presente capítulo, se desarrollará la discusión al respecto de los resultados principales encontrados en la investigación

Principalmente, se encuentra aceptable la Hipótesis de Investigación que propone la existencia de relación entre la Sobredependencia Afectiva y la Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo, de lo cual se deduce que a medida que aumentan los pensamientos irracionales sobre la necesidad de recibir afecto de alguien significativo, se eleva la Visión Negativa de sí mismo, el entorno y el futuro. Dichos resultados se oponen a los encontrados por Bartolo (2010) y Quintana (2011), quienes al investigar la relación entre Conflictos de Pareja, Depresión y Dependencia Emocional en una población similar, no encontraron relación alguna entre las tres variables. Si bien es cierto que estos estudios incluyen una tercera variable (Conflicto de Pareja) y un único género estudiado (Femenino) que pudieran haber sesgado la investigación, podríamos pensar que los Conflictos de Pareja de alguna forma estimulan otros estados emocionales que minimicen el impacto del estado depresivo, o que desliguen e incluso rompan el vínculo de pareja, ya que pudiera ser originado por aspectos ofensivos a la relación establecida, por ejemplo casos de celos, infidelidad, mentira o abuso. Asimismo, se podría pensar que experiencias sociales tempranas negativas, condicionen a desarrollar un determinado estilo afectivo, tal como encontraron en su estudio Lemos et al (2010), en universitarios que padecen Sobredependencia emocional, quienes poseen un perfil cognitivo caracterizado por un esquema desadaptativo temprano de “desconfianza/abuso”, que pudiera tener raíces en estilo típicos familiares caracterizados por frialdad, negligencia, abuso, soledad, impredeción, conductas explosivas y desapego. Ello hace que en general el sujeto perciba el entorno como hostil, con daños intencionales o como consecuencias de negligencias evidentes, adaptándolo luego a su relación de pareja y reaccionando en consecuencia. Si bien ambas poblaciones poseen características similares, de manera subjetiva, no es imposible reconocer las pautas de crianza que las afectaron, dando como resultado una determinada forma de establecer y desarrollar relaciones afectivas. Sin embargo, de remitirnos únicamente a la relación que pudiera darse en una pareja con

Sobredependencia en uno o ambos de los miembros, y la Depresión existente o emergente, encontramos gran apoyo por parte de la literatura, como se verá a continuación.

Citando a Halpern (2010) por muy grandes que sean los altibajos emocionales dentro de la relación en curso, pueden ser incluso más intensos cuando se baraja la posibilidad o realidad de que la relación acabe. Los sentimientos desagradables que pueden experimentarse son de dos tipos, y ambos proceden de la pérdida de algo que alguna vez fue extremadamente satisfactorio. El primero es un estado crónico de depresión que proviene del hecho de permanecer en una relación mucho después que la ilusión e incluso el amor se hayan esfumado. Se sigue proporcionando ciertas gratificaciones para el sobredependiente sin embargo, como el sentido de continuidad, o la esperanza de volver a lo que se era antes. O más importante, la retención y no pérdida del objeto de afecto, para evadir la sensación de soledad y el temor a verse fuera de la relación. Como ya se ha visto, en el perfil del sobredependiente emocional abunda el miedo a “ser abandonado”, “quedarse sola”, “no encontrar a nadie adecuado” por lo que se realiza cualquier cosa para evitar que esa relación se disuelva (Norwood, 2006), incluso si eso significa quedarse en una relación que signifique un daño continuo, abuso eventual o sencillamente un abandono o desinterés por parte de la pareja. Ello va conduciendo a la persona a niveles de amor propio críticamente bajos, ya que el objetivo principal es mantener al otro complacido, a fin de que la relación persista. Significa el esforzarse sobremanera para tratar de cumplir con la pareja, rara vez cuestionando lo apropiado de nuestras acciones para con el otro y gastando tiempo, energía e incluso dinero a favor de él. Ésta situación de dar prioridad a la pareja y de generar una exclusividad casi indisoluble en la relación, va estrechando los círculos sociales del sobredependiente, limitándolo a una única relación no sana (o tóxica) de Sobredependencia Afectiva.

El segundo tipo resulta de acabar o pensar en acabar en una relación en que la ilusión y el amor se han desvanecido. Lleva consigo una dolorosa sensación de soledad, pérdida y terrible desesperanza acerca de la posibilidad de reavivar alguna vez la relación, construyendo a la larga una depresión terrible o severa al “marcharse” de la situación. Como la han denominado varias personas afectadas, existe un “vacío” enorme, una “terrible depresión”, que casualmente se pone de manifiesto en muchas actitudes que se presentan, como: pérdida del apetito, insomnio, ánimo depresivo, ingesta de alcohol,

fármacos u otros. No es de sorprender el saber que ante la inminente pérdida del objeto de afecto, se vislumbren conductas de autolesión que pueden llegar incluso a intentos de suicidio.

Para cada tipo de estado depresivo mencionado, es claro que puede surgir en diversos contextos, dependiendo del cómo vaya forjándose la relación o se dé la interacción entre los miembros de la pareja. Esto quiere decir que es probable que si la pareja está en sus primeras fases de relación, la Sobredependencia no haya llegado a expresarse del todo, con el consecuente desapego “sano” de la pareja ante la ruptura; caso contrario si es que la pareja lleva ya tiempo estrechando el vínculo. No ha sido exhaustivamente estudiado, pero se cree que es un factor a considerar, aunque no necesariamente determinante. De acuerdo a Melero (2008), si durante la fase de enamoramiento de la pareja (Formación del Apego) se provoca la ruptura, se experimentarán sentimientos como falta de energía, tristeza o ánimo depresivo, pero no se experimentará la ansiedad intensa o la ruptura del funcionamiento diario característicos de la disolución de una relación de apego, ya que las necesidades de apoyo emocional pueden ser satisfechas por la familia y los amigos. Si por el contrario, se sucede en la fase de amor (Apego Definido) se vivirá con una elevada ansiedad, reducción de la actividad y desarreglos de las funciones corporales, como la disminución del apetito y el insomnio, llegando a una Depresión Severa.

Es pertinente mencionar además que, tal como lo menciona la premisa de uno de los instrumentos utilizados, se debe tratar de una relación significativa para uno de los miembros de la pareja, ya que si no se estima el vínculo afectivo como fundamental (una pareja por conveniencia, por ejemplo), la Sobredependencia puede presentarse de forma sutil y pasajera, o no hacerlo en absoluto. Aquellas parejas “individualistas” (Sánchez, 2015) que no tienen obligaciones para con el otro, tienen menor probabilidad de experimentar una relación de Sobredependencia afectiva.

Claramente observamos entonces la repercusión del estado anímico de una persona, sobre su relación, o la influencia de ésta sobre los sentimientos del sujeto, llevando una situación de apego o necesidad insana de la pareja a una depresión si se llega a dar la ausencia de la misma en una situación real o ficticia; y de mismo modo, los pensamientos o creencias negativos del sí mismo, que crean un estado depresivo sobre la persona, pueden llevarla a ligarse de manera intensa bajo el objeto de sus afectos, al vislumbrarlo como el único que puede satisfacer sus necesidades emocionales, creando

una situación de Sobredependencia. De acuerdo a Yapko (2007), cualquier relación formada por dos personas que convivan en el contexto de una relación íntima, afectiva, monógama, seria y de compromiso mutuo; a todas luces, una relación de pareja, si es positiva y sana, será importante para sentirse bien y evitar la depresión. En base a investigaciones epidemiológicas que presenta en su estudio, las personas que se autodefinen como felices en sus relaciones, presentaban índices más bajos de depresión que la población general, mientras que personas autocalificadas como infelices en sus relaciones, es más propensa a reunir los criterios por los que se diagnostica una depresión. Se ha de aclarar que los estados depresivos no surgen solamente en el contexto de una relación de pareja, y que incluso la Sobredependencia misma, aparece en esta situación, ya que se espera de una persona con estas características, motivada por sus ansias de evitar la soledad, la búsqueda constante de una pareja afectiva, o en su defecto, el retorno de aquella pareja que le causaba problemas antes de la ruptura, bajo la creencia irracional de que “si cambio” o “si mejoro”, la relación también mejorará. Esto también lo menciona Román (2011), al señalar que los dependientes emocionales padecen depresiones a lo largo de sus vidas, generalmente coincidiendo con rupturas amorosas o periodos no deseados de soledad, Dicho en otros términos: el dependiente emocional tiene la necesidad de una pareja para satisfacer su necesidad afectiva. De no encontrarla, el estado depresivo se hace inevitable. Al encontrarla y vivir la relación con una tremenda inquietud ante la disolución de la misma, sobreviene un estado de ansiedad y baja autoeficacia. Eventualmente pueden darse los problemas de pareja que actúan como causa de depresión (que deben distinguirse de aquellos otros que pueden acompañar reforzando una depresión previa o que se desencadenan como efecto y consecuencia de la misma). Para finalizar el ciclo, será decisión del Sobredependiente mantener dicha relación, permaneciendo en un estado Crónico de Depresión (Distimia), o arriesgarse a salir enfrentando una Depresión más Severa, hasta que el ciclo se repita o decida romperlo.

Llegados a este punto, parece de especial consideración recalcar la importancia de éste estudio. Una persona que manifieste un cuadro como el presentado, estará predispuesta a situaciones de abuso, violencia o maltrato por parte de la pareja. De no existir esta situación, aún la pareja se vería influenciada por el estado anímico del Sobredependiente, pudiendo darse una situación de Codependencia o aún de Depresión

ante la situación. Para ambos casos, la perspectiva es alarmante, y una prevención o intervención se considera necesaria, tanto para la mejora de la relación en una interdependiente y positiva, como para la erradicación de creencias que lleven al menosprecio personal y que predispongan a un trastorno del estado de ánimo que con el paso del tiempo, sea perjudicial y nocivo para la salud del sujeto y de otros a su alrededor.

En cuanto a los factores que conforman la Sobredependencia Afectiva, es decir, las dimensiones de ésta, vemos que todas se encuentran en un Nivel “Mucho”, seguido del nivel “Regular”, lo cual indica la predominancia de éstos, para determinar la presencia de Sobredependencia en una persona. Si bien es cierto que este patrón puede presentar áreas más marcadas en una dimensión que en otra (por ejemplo, un mayor nivel de Creencias Irracionales en Sobredependencia, conduciría a una persona a desarrollar con mayor rapidez o intensidad un cuadro depresivo, lo cual podría verse atenuado si la Baja Autoeficacia permaneciera en niveles menores), al parecer existiría mayor relación con un fuerte establecimiento de la Sobredependencia, si sus dimensiones se encuentran en niveles mayores, de forma equitativa.

La Ansiedad, bien vista como un mecanismo adaptativo de defensa, o bien como los síntomas que aparecen para hacer frente al temor de la separación, es típica de un Apego Frustrado, así como la ira y la tristeza (Román 2011), y en el caso de surgir debido a la posible ruptura del vínculo de pareja, se convierte en Ansiedad por Separación, que desencadena una serie de creencias y conductas orientadas a sostener la relación, que dañan a la persona, y genera y refuerza las pautas interpersonales de Sobredependencia Afectiva (Cid, 2007). Como determina Pérez (2005) su expresión se da en tres contextos, que guardan especial relación con la conducta Depresiva:

- Físico: que es apreciable en muchos testimonios de personas con Sobredependencia Afectiva que comentan sus rupturas con expresiones fisiológicas. El lenguaje del cuerpo puede llegar a sorprender: “tengo ataques de angustia: mis manos sudan y tiemblan”, “tengo escalofríos y palpitaciones cuando recuerdo que no está más”, “no puedo dormir por las noches pensando en él”, son algunas de las acotaciones que se oyen con frecuencia ante una período de dolor emocional intenso, que guarda gran semejanza con algunas reacciones propias de la Depresión, como son el insomnio, agitación psicomotora y falta de energía.

- Conductual: son aquellas que el sujeto emite y el entorno percibe, recibiendo un constante refuerzo del mismo. La relación con la depresión queda explicada por Yapko (2007), quien menciona que alguien que se siente deprimido, puede conseguir bastante atención extra, así como favores especiales de los demás. De hecho, tal respuesta a su conducta puede reforzar su depresión. A tal respecto, si una persona observa en su pareja una actitud distante o fría, la ansiedad que le represente la idea de “alejamiento” podría inundarla de movimientos nerviosos y tartamudeo, ante lo cual la pareja, en su afán de tranquilizarla, refuerce la idea de minusvalía y dependencia, estableciéndose así el círculo vicioso de ambas variables.
- Cognitivo: el pensamiento puede ser el mayor enemigo de una persona con Sobredependencia. En esta categoría se incluye la dimensión de Expresión límite que menciona Cid (2007) dado que la ansiedad que sufre el sujeto ante el peligro que le significa la pérdida del otro, le lleva a pensar y manifestar expresiones impulsivas de autoagresión a modo de estrategia de aferramiento o retención. Un clásico se encuentra en el enunciado “si te vas, me mato”, clara creencia desorganizada de la pérdida de control sobre el ambiente y sobre sí mismo. Si bien no siempre el sujeto llega a expresarse de ese modo, existen otros tantos pensamientos negativos que le van hundiendo en la situación perniciosa ante el abandono. Han de recordarse aquí además, los criterios 8 y 9 del Trastorno Depresivo Mayor, que se refieren a la disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones; y a los pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin plan determinado.

Como vemos, en la Depresión, puede evidenciarse también sintomatología ansiosa e incluso una fuerte relación entre ambas. Jihan et al (2012) encontraron que la ansiedad y la depresión se encuentran asociadas con la baja satisfacción en la vida, proveniente de áreas de importancia, como las relaciones sociales o sentimentales. De igual forma, ambas surgen como resultado de las percepciones del individuo a factores externos, y es claro que el término de un episodio ansioso lleve a la depresión, o que ésta conduzca a uno en las circunstancias ya señaladas.

Con relación a la Baja Autoeficacia y la Depresión, la relación significativa existente es más notoria, dado que la primera guarda especial concordancia con la percepción de uno mismo, que de ser minimizado o insatisfecho, va generando un esquema de

desconfianza e inseguridad, que hace que se busque apoyo en otros, ya que no se encuentra fortaleza en sí mismo (Pérez, 2005). Para Norwood (2006) es ejemplificado bajo la premisa “su amor propio es críticamente bajo, y en el fondo usted no cree merecer la felicidad” lo que lleva a la persona a esforzarse sobremanera en agradar al otro, ya que en el fondo no cree ser lo suficientemente buena para ser amada. Por otra parte, Castelló (citado por Cid, 2007) refiere entre sus criterios Diagnósticos para la Sobredependencia Afectiva el poseer Autoestima muy baja (con menosprecio de las cualidades personales, o minusvaloración global del sujeto como persona) y la necesidad excesiva de agradarle a los demás, lo cual generaría una subordinación ante la pareja, para equilibrar la diferencia de poder percibida en la relación. Esto claramente responde a una necesidad de “llenar el Hambre de Cariño” que propone Halpern (2010), al indicar que una persona que no haya satisfecho esa necesidad vital en su infancia, experimentará grados variables de confianza en su capacidad para sobrevivir, si pierde la conexión con una persona muy importante. Se pierde el autorrespeto, la integridad, se cae en todo género de denigración (Sánchez, 2015), el sobredependiente sólo pensará en su pareja y ello le desgasta e incapacita para generar una vida saludable por cuenta propia. La frase más explícita para ilustrar esta situación es el común “no puedo vivir sin ti”, que nos lleva a pensar no solo en arriesgarse a enfrentar el terror de sus propios sentimientos de invisibilidad e inexistencia que pudo acarrear un mal cuidado de las figuras parentales en la infancia temprana, sino también la soledad de sentir que no hay un sentido a la propia existencia, sin la relación de importancia concedido al otro. Es notoria entonces la estrecha relación que guardan estos dos componentes, cuya vinculación es inherente, la una de la otra.

En cuanto a la dimensión Dependencia Pasiva y su relación con la Depresión, de igual forma existe una relación directamente proporcional. Ciertamente, ésta se perfila como la característica más notoria de una persona Sobredependiente, ya que es el principio por el cual la Sobredependencia deja de ser solamente instrumental (búsqueda de protección y falta de autonomía), para volverse emocional y subyugada a la pareja (Cid, 2007). A este respecto observamos que el hecho de unirse a otro en una relación de tipo Dependiente, responde a la necesidad de consolidar el apego y asegurar sus cuidados (Pérez, 2005). Es un claro ejemplo además de círculo vicioso: “no encuentro satisfecho mi amor propio y ello me genera emociones negativas; entonces he de buscar a alguien

quien lo llene, y de permanecer ligada a él para obtener la seguridad que no tengo estando sola; pero la relación se deteriora por la misma inseguridad y el “vacío interno” se expande, consecuentemente el apego es malo y genera una dependencia nociva lo que deteriora mi amor propio y provoca la Sobredependencia”. Cid (2007) lo ejemplifica con mayor detalle en su investigación, señalando que existen dos tipos de sobredependientes emocionales: los dominantes, quienes ejercen explotación y menosprecio a su pareja, siendo narcisistas y buscando satisfacer sus necesidades aunque su autoestima no se encuentre tan deteriorada; y los sobredependientes emocionales pasivos, quienes se subyugan al objeto de dependencia mediante la admiración y la sumisión para evitar la inseguridad de encontrarse fuera de la relación. Propone además un modelo de fases donde se suceden diversos eventos en una pareja con características de Sobredependencia Emocional, iniciando con la euforia de una nueva relación (cargados de expectativas y una visión prometedora del futuro), continuando con la subordinación (destacando la sumisión e idealización a la pareja, generando la exclusividad en la relación); posteriormente se da el deterioro, que es cuando la Depresión crónica hace su aparición; le sigue la ruptura, donde se da un Episodio Depresivo Mayor y la Sobredependencia muestra su característica de presentar un síndrome de abstinencia (Halpern, 2010); se da luego la relación de Transacción, donde se busca un “reemplazo” eventual para llenar la soledad que significa haber quedado sin el objeto de afecto, y se prosigue con el recomienzo del ciclo, si se encuentra un “otro” de perfil adecuado (probablemente Sobredependiente dominante) para establecer una nueva relación desequilibrada.

Finalmente, referente a la dimensión Creencias Irracionales de la Sobredependencia Afectiva y su relación con la Depresión, también apreciamos una relación directamente proporcional, positiva y de grado débil. Tanto para la Sobredependencia como para la Depresión, los pensamientos, ideas, creencias y percepciones son factores poderosos que influyen en la conducta. La parte cognitiva es sumamente importante ya que el cómo pensamos y lo que pensamos, determinará en gran parte lo que hacemos y definirá nuestras experiencias (Yapko, 2007).

Aaron Beck (citado por Yapko, 2010), quien ideó el enfoque de la terapia Cognitiva, aclaró que para tratar la depresión, el primer paso era identificar y corregir las distorsiones cognitivas (o Creencias Irracionales), ya que son las responsables de

malinterpretar la información o experiencia que recibe el sujeto, y así aumentar los sentimientos depresivos. Entre los tipos de distorsiones más notorios en el paciente con depresión, y que se relacionan con la Sobredependencia, están: Pensamiento Dicotómico, sobre-generalización, filtros mentales (o percepción selectiva), conclusiones precipitadas, decalificación de lo positivo, magnificación o reducción, racionalización emocional, entre otras. Dichos patrones, tan comunes también a las Creencias de una persona con adicción a su pareja, son también asociados con el pensamiento depresivo.

También Halpern (2010) hace hincapié en la importancia de dichas creencias, que están divididas en tres grandes grupos, provienen tanto de opiniones populares como de comportamientos aprendidos. Así tenemos:

- Creencias sobre las relaciones en general (“El amor es para siempre”, “Una buena relación es aquella que termina en matrimonio”, “Más vale malo conocido que bueno por conocer”),
- Creencias sobre relaciones problemáticas concretas propias o ajenas (“No se debe herir o decepcionar a nadie”, “No tener pareja es humillante”, “Tener pareja da seguridad y status frente a los demás”).
- Creencias sobre uno mismo (“Nadie se fija en mi porque no soy interesante”, “Nadie me quiere porque no soy atractiva”, “Debo conservar a mi pareja porque es lo único bueno en mi vida, todo lo demás es malo”).

De tal forma, la correlación entre éste sistema de creencias arbitrarias al respecto del aspecto personal y afectivo, es evidente. El consiguiente bombardeo de pensamientos negativos derivado, provocará que se mine el estado anímico de la persona, conduciéndola hacia un estado depresivo, que no sólo afecta a ésta, sino que incrementa la brecha y el dolor de la relación en la que se encuentra, llegando a esforzarse en demasía por mostrarse complaciente, comprensiva y sumisa ante una pareja que no retribuye dichas acciones, desarrollándose así con mayor facilidad, una situación de Sobredependencia.

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Se evidencia correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la Sobredependencia Afectiva y Depresión, en los estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
- El mayor nivel de Sobredependencia Afectiva se encontró en el 25.4% (57 casos) de la muestra, con nivel Mucho. A continuación el 24.6% (55 casos) registró muy poca Sobredependencia afectiva, en tanto que el 15.2% (34 casos) se ubicó en el nivel poco; el 20.1% (45 casos) registró un nivel regular; y finalmente, el 14.7% (33 casos) registró bastante Sobredependencia afectiva.
- El mayor nivel de Depresión se encontró en el 50.4% (113 casos) de la muestra, con nivel Moderado. A continuación el 26.3% (59 casos) registró Depresión Grave, y finalmente, el 23.2% (52 casos) registró bastante Depresión Leve.
- En todas las dimensiones de la Sobredependencia Afectiva predomina el nivel mucho, con valores que oscilan entre 25.4% a 27.2% seguido por el nivel muy poco con valores fluctuantes entre 22.3% y 25.0%, y luego el nivel regular con porcentajes entre 18.8% y 21.4%.
- Se encuentra correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la Dimensión Ansiedad de la Sobredependencia Afectiva, y Depresión en los estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
- Se encuentra correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la Dimensión Baja Autoeficacia de la Sobredependencia Afectiva, y Depresión en los estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo
- Se encuentra correlación altamente significativa, positiva y de grado medio, entre la Dimensión Dependencia Pasiva de la Sobredependencia Afectiva, y Depresión en los estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.
- Se encuentra correlación altamente significativa, positiva y de grado débil, entre la Dimensión Creencias Irracionales de la Sobredependencia Afectiva, y Depresión en los estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

## **5.2. Recomendaciones**

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Realizar futuras investigaciones donde se pueda determinar la relación de las variables en estudio con otras, a fin de profundizar el conocimiento teórico de las mismas.
- Trabajar futuras investigaciones que incluyan variables sociodemográficas, considerando mayor representatividad muestral, a fin de ahondar en detalle en cuanto a los perfiles planteados.
- Sugerir la aplicación de un Programa orientado a la potenciación de la Autoestima, autonomía e independencia personal de los evaluados.
- Alentar la capacitación profesional de quienes toman contacto con la población en riesgo (docentes, psicólogos, trabajadores sociales) para la detección de sintomatología propia de la Depresión o Sobredependencia Afectiva.
- Sugerir la apertura de grupos de Ayuda en el contexto Universitario, dirigidos por un profesional capacitado en el tema, a modo de Prevención de nivel Terciario
- Situar el estudio de la Depresión en un contexto preeminentemente social.
- Proponer generar estrategias que hagan posible la Psicoeducación respecto al tema estudiado, para la construcción de relaciones afectivamente estables y saludables.

## CAPITULO VI: REFERENCIAS Y ANEXOS

### 6.1. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). “Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5”. Asociación Americana de Psiquiatría. Quinta Edición. Barcelona.
- Castelló J. (2006). “Dependencia Emocional: Características y Tratamiento”. Editorial Alianza, 2º Edición. Madrid, España.
- Castillo-Martell W., Zubieta R. (2014). “La depresión es un mal oculto y se va formando en la Infancia”. El Comercio LIMA Online. Recuperado de <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/depresion-mal-oculto-y-se-va-formando-infancia-noticia-1749462>
- Chappa H. J. (2003). “Distimia y otras Depresiones Crónicas”. Editorial Médica Panamericana, 1º Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Cid Mireles, Adriana Karen (2007). “La Dependencia Emocional: Una Visión Integradora”. Recuperado de: [http://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/12/dependencia-emociona\\_adriana.pdf](http://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/12/dependencia-emociona_adriana.pdf)
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS (2004). “Invertir en Salud Mental”. Biblioteca de Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos (2009). “Depresión”. Instituto Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf>
- DeVellis, R (1991). “Scale Development: Theories and Applications”. Editorial Sage. 1º Edición. Reino Unido, Londres.
- Díaz Villa B. A., Gonzáles Gonzáles C. (2012). “Actualidades en Neurobiología de la Depresión”. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Dirección General de Promoción de la Salud. (2005). “Módulo de Atención Integral en Salud Mental 6: Dirigido a Trabajadores de Primer Nivel de Atención: La Depresión”. Ministerio de Salud en colaboración con la Universidad Nacional Cayetano Heredia. Perú

- Duravia L. (1999). "Íntimos y Libres". Editorial San Pablo, 1º Edición. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Ferrel Ortega R., Celis Barros A., Hernández Cantero O. (2011). "Depresión y Factores Socio Demográficos Asociados en Estudiantes Universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública (Colombia)". Colombia. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aafc92a4-a778-48da-bf43-3be745ba4491%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4109>
- Fromm E. (2009). "El Arte de Amar". Editorial Paidós. 1º Edición. España.
- Gómez R., Hernández B., Rojas U., Santacruz O., Uribe R. (2008). "Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y Tratamiento en niños, Adolescentes y Adultos". Editorial Médica Panamericana. 3º Edición. Bogotá, Colombia.
- Hall Ramírez V. (2003). "Depresión: Fisiopatología y Tratamiento". Centro Nacional de Información de Medicamentos. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Recuperado de: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- Halpern M. Howard. (2001). "Cómo romper con su Adicción a una Persona". Editorial Obelisco. 1º Edición. España
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2002). "Metodología de la Investigación". Editorial McGraw-Hill. 3º Edición. México.
- Izquierdo S. A., Gómez-Acosta, A. (2013). "Dependencia Afectiva: Abordaje desde una Perspectiva Contextual". Revista Psicología: Avances de la Disciplina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904011.pdf>
- Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social. (1995). "La Vida de Pareja: Evolución y Problemática Actual". Editorial San Esteban, 1º Edición. España.
- Labonté M.L. (2010). "Hacia el Amor Verdadero: Liberarse de la Dependencia Afectiva". Editorial Luciérnaga. Barcelona, España.
- Lemos Hoyos M., Jaller Jaramillo C., Gonzáles Calle A. M., Díaz León Z. T., De la Ossa D. (2012). "Perfil Cognitivo de la Dependencia Emocional en Estudiantes Universitarios en Medellín, Colombia". Universitas Psychologica, 11(2), 395-404. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/3041/2233>
- Lowen A., (1985). "El Lenguaje del Cuerpo: Dinámica Física de la Estructura del

- Carácter”. Editorial Herder, 1º Edición. España
- Mañas Viejo C. (s.f.) “Tema 6: Claves del Proceso Socializador de la Segunda Infancia”. En *Delincuencia y Responsabilidad Moral del Menor – Criminología*. Alicante, España. Recuperado de: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19840/1/TEMA\\_6.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19840/1/TEMA_6.pdf)
- Melero Cavero, R. (2008).”La Relación de Pareja. Apego, Dinámicas de Interacción y Actitudes Amorosas: Consecuencias sobre la Calidad de la Relación”. Universitat de Valencia. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10234/melero.pdf?sequence=1>
- Moral Jiménez M. de la V., Sirvent Ruiz C., (2009). “Dependencia Afectiva y Género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles”. *Interamerican Journal of Psychology*. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000200004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000200004&script=sci_arttext&tlng=en)
- Nazare-Aga, I. (2001). “Ni Contigo ni sin Ti: Los manipuladores y el amor”. Editorial Robinbook. 1º Edición. Barcelona, España.
- Norwood R. (2006) “Las Mujeres que aman Demasiado”. Editorial Grupo Z. 1º Edición. España.
- Osornio-Castillo L., Palomino-Garibay L. (2009) “Depresión en Estudiantes Universitarios”. Artículo Editorial en *Archivos de Medicina Familiar*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719069001.pdf>
- Person E. (2008). “Sueños de Amor y Encuentros Decisivos: El Poder de la Pasión Romántica”. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 1º Edición. Lima, Perú.
- Raja Mahmoud J. S., Staten R., Hall L. A., Lennie T. A. (2012). “The Relationship Among Young Adult College Students: Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction and Coping Styles”. *Issues in Mental Health Nursing*, 33:149-156. Recuperado de: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/01612840.2011.632708>
- Rojtenberg, S. (2006).”Depresiones: Bases Clínicas, Dinámicas, Neurocientíficas y Terapéuticas”. Editorial Polemos, 1º Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Román Barrón, I. (2011). “La Dependencia Emocional en la Depresión”. Máster en

Psicología Clínica y de la Salud. Instituto Superior de Estudios Psicológicos, España. Recuperado de: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Dependencia-Emocional-En-La-Depresion.pdf>

Sánchez E. (2015). “Cómo eliminar la violencia Familiar: Si me pegas...¿te quedas?”. Editorial Trillas. 1º Edición. México.

Sanchez G. (s.f.) “La Dependencia Emocional: Trastornos, Tratamiento”. Recuperado de <http://www.escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/12/dependencia-emocional-gemma.pdf>

Sanz J., Vázquez C. (1998). “Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck”. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=167>

Scheaffer, R y Mendenhall, W. (2007). “Elementos de Muestreo”. Editorial Thomson. 6º Edición. Madrid.

Sue D., Sue D. W., Sue S. (2010). “Psicopatología: Comprendiendo la Conducta Anormal”. Editorial Cengage Learning, 9º Edición. México

Vázquez F. L., Muñoz R. F., Becoña E. (2000). “Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX”. Revista de Psicología Conductual. <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Villegas M. (2005) “Amor y Dependencia en las Relaciones de Pareja”. Revista de Psicoterapia. Recuperado de: <http://www.herdereditorial.com/media/3450/13.%20Dependencia.pdf>

Yapko, Michael. (2006).”Para romper los Patrones de la Depresión”. Editorial Pax México. 1º Edición. México

Yapko, Michael. (2010).”La Depresión es Contagiosa: Elige bien tu entorno para llevar una vida emocional sana”. Ediciones Urano. 1º Edición. España

## 6.2. Anexos

**Tabla 7.2.1:** Prueba de Normalidad del Cuestionario de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

---

	<b>Sig.(p)</b>	<b>Z de K-S</b>
Sobredependencia Afectiva	1,016	0,254
Ansiedad	1,269	0,080
Baja Autoeficacia	0,793	0,555
Dependencia Pasiva	1,128	0,157
Creencias Irracionales	1,241	0,092

---

p > 0.05 (Se cumple la normalidad)

**Tabla 7.2.2 .** Prueba de Normalidad de la Escala de Depresión en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

---

	<b>Z de K-S</b>	<b>Sig.(p)</b>
Depresión	1,795	0,003

---

\*\*p < 0.01 (No se cumple la normalidad)

**Tabla 7.2.3.** Coeficiente de confiabilidad del Cuestionario de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

	Coeficiente de Cronbach	Nº Ítems
Sobredependencia	<i>.947</i>	<i>54</i>
Afectiva		
Ansiedad	<i>.811</i>	<i>8</i>
Baja Autoeficacia	<i>.817</i>	<i>17</i>
Dependencia Pasiva	<i>.858</i>	<i>15</i>
Creencias Irracionales	<i>.881</i>	<i>14</i>

En lo que respecta a la evaluación de la confiabilidad del Cuestionario de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo., se aprecia en la tabla 15, que la confiabilidad global del Cuestionario es de .828, calificada como de nivel “bueno”, la misma calificación se tiene para la dimensión califica como de nivel muy respetable, y las dimensiones presentan una confiabilidad de nivel respetable (De Vellis, 1991; citado por García, 2006)

**Tabla 7.2.4.** *Coeficiente de confiabilidad de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

Coeficiente de Cronbach	Nº Ítems
.833	18

En el Anexo 4, se observa que la confiabilidad de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo, presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de .833, que corresponde a un nivel bueno de confiabilidad.

**Tabla 7.2.5.** Evaluación de ítems a través del coeficiente de validez Ítem-test, de la Escala de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

Ansiedad		Baja Autoeficacia		Dependencia Pasiva		Creencias Irracionales	
Item	Coef.	Item	Coef.	Item	Coef.	Item	Coef.
<b>1</b>	.604	<b>9</b>	.422	<b>26</b>	.213	<b>41</b>	.625
<b>2</b>	.529	<b>10</b>	.325	<b>27</b>	.396	<b>42</b>	.626
<b>3</b>	.534	<b>11</b>	.580	<b>28</b>	.505	<b>43</b>	.427
<b>4</b>	.441	<b>12</b>	.473	<b>29</b>	.503	<b>44</b>	.545
<b>5</b>	.420	<b>13</b>	.454	<b>30</b>	.482	<b>45</b>	.691
<b>6</b>	.581	<b>14</b>	.337	<b>31</b>	.367	<b>46</b>	.417
<b>7</b>	.552	<b>15</b>	.447	<b>32</b>	.407	<b>47</b>	.521
<b>8</b>	.585	<b>16</b>	.227	<b>33</b>	.528	<b>48</b>	.639
		<b>17</b>	.638	<b>34</b>	.559	<b>49</b>	.537
		<b>18</b>	.657	<b>35</b>	.612	<b>50</b>	.524
		<b>19</b>	.543	<b>36</b>	.613	<b>51</b>	.430
		<b>20</b>	.418	<b>37</b>	.571	<b>52</b>	.652
		<b>21</b>	.207	<b>38</b>	.711	<b>53</b>	.621
		<b>22</b>	.179*	<b>39</b>	.611	<b>54</b>	.552
		<b>23</b>	.425	<b>40</b>	.501		
		<b>24</b>	.502				
		<b>25</b>	.431				

Nota: Ítem válido si Coeficiente de correlación ítem-test es  $\geq 0.20$ , o la correlación es significativa (\*).

La validez de la Escala de Sobredependencia Afectiva fue evaluada a través de un criterio netamente estadístico, utilizando el método de la correlación ítem-test corregido, obteniéndose correlaciones cuyos valores en 53 de los ítems superan el mínimo requerido de 0.20; Solo el ítem 22 registra un índice de correlación ítem-test corregido menor a .20, pero sin embargo es altamente significativo.

**Tabla 7.2.6.** Evaluación de ítems a través del coeficiente de validez Ítem-test, de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

Item	Correlación ítem-test corregida
1	.635
2	.533
3	.539
4	.506
5	.424
6	.526
7	.481
8	.500
9	.423
10	.318
11	.410
12	.334
13	.552
14	.560
15	.372
16	.336
17	.336
18	.251

Nota: Ítem válido si Coeficiente de correlación ítem-test es  $\geq 0.20$ .

La validez de la Escala de Depresión de Beck se evaluó mediante el método de la correlación ítem-test corregido, obteniéndose correlaciones cuyos valores en los dieciocho ítems superan el mínimo requerido de 0.20.

**Tabla 7.2.7.** Normas en percentiles, de la Escala de Sobredependencia Afectiva en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

<b>Pc</b>	Sobredependencia Afectiva	Dimensiones				<b>Pc</b>
		Ansiedad	Baja Autoeficacia	Dependencia Pasiva	Creencias Irracionales	
<b>99</b>	271-295	45-46	74	84-93	76-89	<b>99</b>
<b>98</b>	263	43	73	77	75	<b>98</b>
<b>97</b>	239	41	71	70	74	<b>97</b>
<b>95</b>	223	39	67	63	69	<b>95</b>
<b>90</b>	205	33	63	58	60	<b>90</b>
<b>85</b>	195	32	61	53	55	<b>85</b>
<b>80</b>	186	29	57	50	51	<b>80</b>
<b>75</b>	175	28	55	46	49	<b>75</b>
<b>70</b>	169	26	53	45	48	<b>70</b>
<b>65</b>	162	24	51	42	45	<b>65</b>
<b>60</b>	155	23	49	41	43	<b>60</b>
<b>55</b>	147	22	48	40	41	<b>55</b>
<b>50</b>	144	21	47	37	37	<b>50</b>
<b>45</b>	136	20	45	35	36	<b>45</b>
<b>40</b>	130	19	43	34	35	<b>40</b>
<b>35</b>	126	17	42	32	32	<b>35</b>
<b>30</b>	123	16	39	30	31	<b>30</b>
<b>25</b>	117	16	37	28	28	<b>25</b>
<b>20</b>	106	15	35	27	27	<b>20</b>
<b>15</b>	102	13	34	25	25	<b>15</b>
<b>10</b>	93	12	32	22	22	<b>10</b>
<b>5</b>	85	10	28	19	19	<b>5</b>
<b>3</b>	78	9	26	18	18	<b>3</b>
<b>2</b>	75	9	22	18	18	<b>2</b>
<b>1</b>	67-69	8	18-19	17	15-16	<b>1</b>

## Anexo 8

*Normas en percentiles, de la Escala de Depresión de Beck en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*

---

<b>Pc</b>	<b>Puntuación directa</b>
<b>99</b>	36-38
<b>98</b>	34
<b>97</b>	30
<b>95</b>	26
<b>90</b>	23
<b>85</b>	21
<b>80</b>	19
<b>75</b>	16
<b>70</b>	16
<b>65</b>	15
<b>60</b>	14
<b>55</b>	12
<b>50</b>	11
<b>45</b>	10
<b>40</b>	9
<b>35</b>	9
<b>30</b>	7
<b>25</b>	6
<b>20</b>	6
<b>15</b>	5
<b>10</b>	4
<b>5</b>	3
<b>3</b>	3
<b>2</b>	2
<b>1</b>	2

---

## Anexo 9

*Escala de Valoración de Alfa de Cronbach, Según DeVellis (1991) en Garcia (2006)*

Valor Alfa de Cronbach	Apreciación
[0.95 a +>	Elevada
[0.80 – 0.90>	Muy buena
[0.70 – 0.80>	Respetable
[0.65 – 0.70>	Mínimamente Aceptable
[0.60 – 0.65>	Indeseable
[0.00 – 0.60>	Inaceptable

## SODA

A continuación hay algunas preguntas acerca de tu relación de pareja actual o por la que sintió más afecto, a las que le siguen siete (7) posibles respuestas o alternativas designadas con las letras A, B, C, D, E, F y G donde:

**A        -        B        -        C        -        D        -        E        -        F        - G**  
**Nada de Acuerdo** **Muy de acuerdo**

Escoja una pensando en su actual pareja o por la que sintió más afecto y sombrea el círculo que contiene la letra de la respuesta que elija. Para cada pregunta sólo le corresponde una respuesta. Recuerde no hay respuestas buenas o malas.

**SOMBREE EL CÍRCULO CON LÁPIZ O LAPICERO COLOR AZUL**

**EVITA MANCHONES, BORRONES Y DETERIORO DE LA FICHA ÓPTICA**

**NO ESCRIBA NADA EN ESTA HOJA SOMBREE SUS RESPUESTAS EN LA FICHA ÓPTICA**

1. Cuando no estoy con mi pareja, me siento ansios@
2. Cuando suena el celular se me acelera el corazón pensando que puede ser mi pareja
3. A menudo me preocupa saber si mi pareja siente lo mismo que yo siento por ella/él.
4. Tengo miedo de decir o hacer algo que incomode a mi pareja
5. Cuando mi pareja está lejos (de viaje, en otro lugar, etc.) me cuesta dormir por las noches
6. Tengo mucha dificultad para concentrarme en cualquier actividad, pues mi pensamiento está enfocado en mi pareja
7. Me siento muy intranquil@ cuando pienso que tal vez no me ama.
8. Me siento ansios@ cuando mi pareja sale con sus amig@s y no me llama
9. Cuando no estoy con mi pareja siento que nada me sale bien
10. Para sentirme bien, necesito la aprobación de mi pareja
11. Suelo sentirme mejor cuando estoy con mi pareja
12. Suelo sentirme mejor cuando estoy con mi pareja
13. Me siento segur@ y protegid@ cuando estoy con mi pareja

14. Me vuelvo más callad@ cuando estoy con mi pareja
15. Cuando me siento mal, mi pareja es la única que me puede sacar de ese estado
16. Me siento menos que mi pareja
17. Cuando tengo que tomar una decisión, siempre consulto a mi pareja
18. A menudo siento la necesidad de que mi pareja me proteja
19. Cuando tengo un problema necesito contárselo a mi pareja
20. Cuando voy de compras, mi pareja es quien decide
21. Puedo viajar sin mi pareja
22. Si una película me interesa bastante, soy capaz de ir al cine sin mi pareja
23. Generalmente le doy más valor a la opinión de mi pareja, que a la mía propia
24. A menudo es mi pareja quien tiene que terminar resolviendo mis problemas.
25. Mi pareja dice que siempre le pido ayuda u opinión por cosas simples que puedo resolver
26. Mi pareja tiene algunos defectos, pero los paso por alto
27. Me cuesta expresarle aquello que me disgusta de él/ella, por temor a que se moleste
28. Cuando discutimos normalmente suelo darle razón
29. Dependo tanto de mi pareja, que me ha causado dificultades con mi familia
30. La persona de quien estoy enamorado@ es lo más importante en mi vida
31. Las palabras y los gestos de aprobación que me hace mi pareja, los considero muy importantes en nuestra relación.
32. Usualmente compro y uso la ropa que mi pareja dice que le gusta
33. Dependo afectivamente de mi pareja
34. Tener una buena relación con mi pareja es más importante que la relación con mi familia
35. La relación con mi pareja es más importante que la relación con mis amig@s
36. Dejo todo por mi pareja
37. Me ilusiono mucho con lo que mi pareja me dice y hace
38. Dejo de hacer cualquier actividad para poder ver a mi pareja
39. Hago muchas cosas para complacer a mi pareja
40. Prefiero que mi pareja sea quien decida qué voy a hacer el fin de semana
41. Tengo mucho miedo de perder a mi pareja
42. Pienso que siempre debo gustarle a mi pareja. En caso contrario sería catastrófico

43. Debo evitar a toda costa tener conflictos con mi pareja
44. Si mi pareja se molesta conmigo, pienso que me dejará de querer
45. Lo peor que me puede ocurrir es perder a mi pareja
46. Todo lo que mi pareja dice o hace es perfecto
47. Mi pareja siempre se debería sentir atraído hacia mí como yo por ella
48. Lo que mi pareja dice o hace siempre influye en mi estado de ánimo
49. Los ojos de mi pareja son los más bellos del mundo
50. Frecuentemente imagino episodios románticos con mi pareja
51. Mi pareja sólo debería salir conmigo
52. Tengo que ver a mi pareja todos los días
53. Siempre debería saber dónde está mi pareja
54. No podría vivir solo, sin mi pareja

## **BDI**

### **Instrucciones:**

A continuación se presentan varios grupos de afirmaciones con cuatro alternativas, asignadas con las letras A, B, C y D, elija la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada. Incluyendo el día de hoy y sombree el círculo que contiene la letra de la respuesta que elija. Para cada pregunta sólo le corresponde una respuesta. Recuerde no hay respuestas buenas o malas.

**SOMBREE EL CÍRCULO CON LÁPIZ O LAPICERO COLOR AZUL  
EVITA MANCHONES, BORRONES Y DETERIORO DE LA FICHA ÓPTICA  
NO ESCRIBA NADA EN ESTA HOJA SOMBREE SUS RESPUESTAS EN LA  
FICHA ÓPTICA**

55.

- A. No me siento triste
- B. Me siento algo Triste
- C. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
- D. Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más.

56.

- A. Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
- B. Siento que nada me llama la atención
- C. El futuro me desanima
- D. El futuro no me desanima especialmente

57.

- A. Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas
- B. Al mirar hacia atrás en mi vida, lo único que veo es una cantidad de errores
- C. No me siento un fracaso
- D. Siento que soy un completo fracaso como persona

58.

- A. Estoy insatisfecho y aburrido con todo
- B. Ya no tengo satisfacciones reales de nada
- C. No disfruto las cosas como antes
- D. Tengo tantas satisfacciones como antes

59.

- A. Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo
- B. Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo
- C. No tengo sentimientos de culpa
- D. Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo

60.

- A. Tengo la expectativa de que me van a castigar
- B. No siento que me estén castigando
- C. Siento que me están castigando
- D. Siento que puedo ser castigado

61.

- A. Me odio a mí mismo
- B. Estoy disgustado conmigo mismo
- C. Estoy desilusionado de mí mismo
- D. No me siento desilusionado de mí mismo

62.

- A. No me siento peor que los otros
- B. Me culpo por todas las cosas malas que pasan
- C. Soy crítico con mis debilidades y errores
- D. Me culpo todo el tiempo por mis faltas

63.

- A. No he pensado en matarme
- B. He pensado en matarme, pero no lo haría
- C. Me gustaría matarme
- D. Me mataría si tuviera la oportunidad

64.

- A. Antes podía llorar, pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera
- B. Ahora lloro todo el tiempo
- C. Lloro ahora más que antes
- D. No lloro más que lo usual

65.

- A. Me irrito o me enojo más fácilmente que antes
- B. Ahora me irrito más que antes
- C. Ahora no me irritan las cosas que usualmente me irritaban
- D. Ahora me siento irritado todo el tiempo

66.

- A. No he perdido el interés por otras personas
- B. Me interesan las personas menos que antes
- C. He perdido gran parte del interés en otra gente
- D. He perdido todo el interés por otras personas

67.

- A. Pospongo las decisiones más que antes
- B. Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- C. Ya no puedo tomar decisiones
- D. Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes

68.

- A. No creo que me vea peor que antes
- B. Creo que me veo horrible
- C. Siento que hay cambios en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo
- D. Me preocupa verme viejo y sin atractivo

69.

- A. No puedo dormir como antes
- B. Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir
- C. Puedo dormir tan bien como antes
- D. Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.

70.

- A. No me siento más cansado de lo normal
- B. Me canso más fácilmente que antes
- C. Me canso de hacer cualquier cosa
- D. Me canso demasiado de hacer cualquier cosa

71.

- A. Ahora he perdido todo el apetito
- B. Mi apetito es peor ahora
- C. Mi apetito no es tan bueno como era antes
- D. Mi apetito no es peor que antes.

72.

- A. No me preocupo por mi salud más de lo usual
- B. Me preocupan mis problemas físicos, no puedo pensar en otra cosa
- C. Me preocupan mucho mis problemas físicos, me cuesta trabajo pensar en otra cosa.
- D. Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento.