



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN PAREJAS MEXICANAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JOSÉ RODOLFO DÍAZ MARTÍNEZ

D I R E C T O R

DR. EDUARDO SALVADOR MARTÍNEZ VELÁZQUEZ

Agosto, 2022

Agradecimientos

Durante mi recorrido en la elaboración de la presente tesis, muchas personas me han brindado de su apoyo y colaboración para lograr terminarla. A continuación, quiero agradecerles a:

Mi madre **Zayra** que siempre me ha apoyado en cada decisión y objetivo que me proponga. Por más difícil que haya sido la situación en la que me encuentre, ella siempre ha estado presente para mí, por su cariño y paciencia, gracias. A mi abuela **María Elena** que al igual que mi madre, ha estado presente en muchos de mis buenos y malos momentos; además de ser mi guía moral para ser la persona que soy ahora. A mis **hermanos** que, sin saberlo, me han llenado de mucho gozo y motivación para seguir adelante con mis objetivos.

A **Karen**, gracias por tu apoyo incondicional en cada meta que me he propuesto, por estar siempre a mi lado escuchándome y levantándome el ánimo, por tu amistad y sabiduría que me compartes para la redacción. A **Michelle** por tu genuina amistad y preocupación, por motivarme en los momentos donde la adversidad parecía más grande de lo que realmente era, por ser una persona inspiradora y cariñosa. A mis amigos de la facultad; **Fernanda, Maritza y Antonio** ya que gracias a ustedes tuve una estadía asombrosa en lo que fue mis años de licenciatura, por toda la alegría y su amistad más allá de las clases. A **Raúl y Mariana**, por la gran amistad y preocupación a lo largo de los años.

A **Jesús** que más allá de su rol de terapeuta, ha sido un apoyo muy crucial para lograr las metas que me parecían inalcanzables y pasar los malos ratos que creía me hundían. Gracias.

A mis **profesores de la Facultad de Psicología** ya que me han inspirado y me brindaron las herramientas, conocimientos y destrezas para llegar a ser un futuro profesionalista.

Al **Doctor Eduardo**, ya que sin usted y toda la sabiduría que me ha compartido, no sería capaz de lograr este trabajo. Le agradezco de amplia manera toda la paciencia, colaboración y guía que me brindó. Y también gracias por motivarme a sentir emoción por la investigación, espero algún día ser alguien como usted.

Por último, agradezco a los **participantes** de mi estudio, ya que sin ellos todo esto no sería posible.

Resumen

La dependencia emocional es un patrón cognitivo de ideas distorsionadas y exigencias sobre la pareja. Aunque todos sufrimos ante los conflictos en una relación de pareja, las personas con dependencia emocional pueden llegar a presentar depresión; si la relación acaba la persona quedará varada sin saber cómo reponerse ante esta pérdida. El objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre la depresión y la dependencia emocional en personas mexicanas que estén en una relación de pareja monogámica. Participaron 178 personas, siendo 119 mujeres (66.85%) y 59 hombres (33.15%) con una edad promedio de 32.5 años, siendo la mínima 18 y la máxima 67. Se utilizaron los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de Dependencia Emocional adaptada para población mexicana (CDE). Los resultados obtenidos demostraron una relación directa entre las variables Depresión y Dependencia Emocional con un efecto moderado ($rs=0.411$) y sin diferencias entre hombres y mujeres. Particularmente, las dimensiones del CDE, tanto “Expresiones límite” y “Ansiedad por separación” mostraron una correlación positiva con la depresión. Asimismo, se encontró que la correlación positiva más fuerte entre las dos variables del estudio se presenta en las edades de 25 a 30 años. Finalmente, se halló que la dependencia emocional tiende a disminuir conforme la edad, principalmente en mujeres.

Contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	6
Capítulo 1. Antecedentes.....	7
1.1 Investigaciones internacionales.....	7
1.2 Investigaciones con población Latina.....	8
1.3 Investigaciones con parejas Latinas sobre dependencia y depresión.....	9
Capítulo 2. Planteamiento del problema.....	11
Capítulo 3. Objetivos.....	12
Marco Teórico.....	13
Capítulo 4. Depresión.....	14
4.1 Definiciones de la depresión.....	14
4.2 Síntomas y características clínicas de la depresión.....	15
4.3 Etiología de la depresión.....	18
4.3.1 Factores biológicos.....	19
4.3.2 Factores psicosociales.....	19
4.3.3 Factores psicológicos.....	20
4.4 Tipos de depresión	21
4.4.1 Crisis de la melancolía endógena.....	21
4.4.2 Depresión neurótica o reactiva.....	21
4.4.3 Trastorno unipolar y bipolar.....	22
4.4.4 Clasificación de la depresión según DSM-5.....	22
4.4.5 Clasificación de la depresión según el CIE-10.....	23
4.5 Teorías y modelos explicativos de la depresión.....	24
4.5.1 Modelo atributivo.....	24
4.5.2 Modelo neurobiológico.....	25
4.5.3 Modelo psicoanalítico.....	25
4.5.4 Modelo conductual.....	25
4.5.5 Modelo cognitivo.....	26
4.6 Evaluación de la depresión.....	29

4.6.1 The Halmiton Rating Scale for Depression.....	29
4.6.2 Cuestionario sobre la salud del paciente	29
4.6.3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale.....	29
4.6.4 Inventario de Depresión de Beck.....	30
Capítulo 5. Tipos de relaciones de pareja.....	30
Capítulo 6. La dependencia emocional.....	31
6.1 Definiciones de la dependencia emocional.....	31
6.2 Síntomas de la dependencia emocional.....	32
6.3 Características de la dependencia emocional.....	33
6.4 Etiología de la dependencia emocional.....	36
6.4.1 Factores causales.....	37
6.4.2 Factores mantenedores.....	38
6.5 Teorías y modelos explicativos de la dependencia emocional.....	39
6.5.1 Modelo explicativo.....	39
6.5.2 Teoría de la relaciones objetales.....	39
6.5.3 Teoría interpersonal.....	40
6.5.4 Teoría afectiva.....	40
6.5.5 Teoría cognitiva conductual.....	40
6.6 Evaluación de la dependencia emocional.....	42
6.6.1 Interpersonal Dependency Inventory.....	42
6.6.2 Inventario de Dependencia Emocional (IDE).....	42
6.6.3 Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100).....	42
6.6.4 Cuestionario de Dependencia emocional.....	42
Capítulo 7. Método.....	44
7.1 Población.....	44
7.2 Criterios de inclusión.....	44
7.3 Criterios de exclusión.....	44
7.4 Instrumentos.....	44
7.4.1 Inventario de Depresión de Beck.....	44
7.4.2 Cuestionario de Dependencia Emocional.....	45
7.5 Procedimiento.....	45

7.6 Análisis de los datos estadísticos.....	45
Resultados.....	46
Capítulo 8. Características de los participantes.....	47
Capítulo 9. Pruebas de normalidad.....	48
Capítulo 10. Datos estadísticos.....	48
Capítulo 11. Correlaciones entre el puntaje general de los instrumentos.....	50
Capítulo 12. Correlación entre la dimensión de Ansiedad por Separación (CDE) y BDI-II.....	52
Capítulo 13. Correlación entre la dimensión Expresiones Límite (CDE) y BDI-II.....	54
Capítulo 14. Correlación entre los instrumentos y la edad.....	56
Capítulo 15. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	57
Capítulo 16. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE).....	59
Capítulo 17. Discusión.....	61
Capítulo 18. Conclusiones.....	63
Capítulo 19. Limitaciones.....	63
Capítulo 20. Referencias.....	65
Anexos.....	71

Contenido de Tablas

Tabla 1. Clasificación de la depresión según el DSM-V y CIE-10.....	24
Tabla 2. Áreas y sus características de un dependiente emocional.....	32
Tabla 3. Porcentaje de la muestra por entidad federativa.....	47
Tabla 4. Porcentaje de edad de la muestra.....	47
Tabla 5. Análisis de normalidad de estadísticos por medio de Shapiro-Wilk.....	48
Tabla 6. Datos estadísticos de hombres y mujeres en CDE y BDI-II.....	48
Tabla 7. Prueba T de hombre y mujeres en CDE.....	49
Tabla 8. Prueba T de hombres y mujeres en BDI-II.....	49
Tabla 9. Correlación de las puntuaciones por grupo de edad.....	56

Contenido de Figuras

Figura 1. Tríada cognitiva de Beck.....	26
Figura 2. Dependencia emocional desde el modelo Cognitivo Conductual.....	41
Figura 3. Gráfico de dispersión de BDI-II y CDE.....	50
Figura 4. Gráfico de dispersión CDE y BDI-II en mujeres.....	51
Figura 5. Gráfico de dispersión CDE y BDI-II en hombres.....	51
Figura 6. Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II.....	52
Figura 7. Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II en hombres.....	53
Figura 8. Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II en mujeres.....	53
Figura 9. Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II.....	54
Figura 10. Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II en hombres.....	55
Figura 11. Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II en mujeres.....	55
Figura 12. Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en la población general.....	57
Figura 13. Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en hombres.....	58
Figura 14. Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en mujeres.....	58
Figura 15. Gráfico de dispersión de CDE y edad en la población general.....	59
Figura 16. Gráfico de dispersión de CDE y edad en hombres.....	60
Figura 17. Gráfico de dispersión de CDE y edad en mujeres.....	60

Introducción

La depresión ha sido definida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición como “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (American Psychiatric Association, 2013), este estado emocional es caracterizado por gran tristeza y aprensión, sentimientos de minusvalía y culpa, pérdida de sueño o del apetito, agitación o letargo, pérdida del interés sexual o por actividades usuales (Islas, Romero, Rivera, y Del Castillo, 2020). Es importante considerar los factores que contribuyen al desarrollo de este trastorno, en este aspecto, los conflictos en pareja es uno de los indicados por Román (2011) donde se encuentran comportamientos de sumisión, sacrificios y tolerancias a cualquier conducta de humillación. Dicho lo anterior, destaca que la dependencia emocional presenta los mismos patrones de distorsión cognitiva.

La dependencia emocional es caracterizada por sus patrones cognitivos desadaptativos caracterizados por un sentimiento crónico de vacío emocional, búsqueda de complacencia e intentos de satisfacer el sentimiento de disgusto emocional ante la ausencia del ser amado (Moral y Sirvent, 2008). Este patrón de las necesidades se compone de creencias de la visión que se tiene de sí mismo, y de la relación con los demás, así como creencias sobrevaloradas de la amistad, la intimidad, la interdependencia (Lemos y Londoño, 2006).

En México la investigación de estas dos variables ha sido fuente de muchos artículos de riguroso valor académico, sin embargo, los estudios que hay son nulos cuando se trata de la dependencia emocional y su vínculo con la depresión. A pesar de que la depresión es una problemática cada vez más presente en la población con consecuencias graves si no es detectado y tratado de la manera adecuada, llegando a afectar no solo a la persona sino sus vínculos con las demás, esto incluyendo sus relaciones de pareja.

1. Antecedentes

1.1 Investigaciones internacionales sobre la relación entre dependencia y depresión

Bornstein y O'Neill (2000) evaluaron la relación entre la dependencia interpersonal y el suicidio, para ello se usó una muestra de 152 personas (91 mujeres y 61 hombres) las cuales fueron referidas por un hospital universitario, siendo 146 personas de origen caucásico y los 6 restantes afroamericanos, todos estadounidenses. La batería de pruebas aplicada consistió en las pruebas MMPI y Rorschach. Los resultados arrojados fueron una correlación positiva entre dependencia interpersonal y dos índices separados de tendencia suicida.

Por su parte, Sanathara et al. (2003) asociaron cuestiones de género con la relación entre dependencia interpersonal y el trastorno de depresión mayor. Trabajaron con una muestra de gemelos que nacieron entre de 1934-1974 en el estado de Virginia, Estados Unidos. Los instrumentos que se utilizaron fueron la SCID y el Interpersonal Dependency Inventory. Al finalizar el estudio se halló que la dependencia interpersonal se asoció con un riesgo de depresión mayor de por vida. Además, señalaron que a pesar de que las mujeres muestran puntuaciones más altas de dependencia interpersonal, los hombres se asociaron más con el riesgo de padecer depresión mayor de por vida.

Rusby et al. (2013) realizó un análisis del modelo genético en una población en Reino Unido de 4427 gemelos monocigóticos y dicigótico, a los cuales les aplico el Interpersonal Dependency Inventory y un cuestionario desarrollado por el Instituto de Psiquiatría en London. Los hallazgos encontraron que la dependencia interpersonal femenina estaba asociada con una incidencia de depresión, también que casi la mitad de la variación en la dependencia interpersonal femenina tiene un fundamento genético. Los autores mencionaron también que los altos niveles de dependencia se asocian con la incidencia de depresión mayor, y cuyo efecto puede reducir con la edad.

Nuns y Loas, (2005) relacionaron los altos niveles de depresión e intentos de suicidios en mujeres con la dependencia interpersonal. Examinando una muestra de 63 personas con intento de suicidio y 63 personas sin intento de suicidio en el país de Francia, aplicando el Inventario de Depresión de Beck y el Interpersonal Dependency Inventory, se encontró que las personas con un intento suicida tienen puntajes más altos en el Interpersonal Dependency Inventory. Además, como conclusión, se estimó que un alto nivel de dependencia interpersonal se relaciona con riesgo de suicidio independientemente de la depresión.

Usando un método de análisis factorial, Loas et al. (1998) en una muestra de 202 estudiantes universitarios aplicaron el Interpersonal Dependency Inventory y la forma acortada del Inventario de Depresión de Beck. Estos investigadores hallaron que la depresión y la dependencia constituyen constructos diferentes.

Urbiola et al. (2017) desarrollaron un estudio con 535 jóvenes de 18 a 31 años estudiantes universitarios de la Comunidad de Madrid, España. En esta muestra 445 tenían pareja actualmente y 88 no tenían. Los instrumentos fueron La Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), La Escala de Dependencia Emocional en el Noviazgo de Jóvenes y Adolescentes (DEN), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL 90-R). Los hallazgos de esta investigación fue la relación positiva entre las puntuaciones de dependencia emocional y la sintomatología ansiosa y depresiva

En síntesis, los estudios reportados han mostrado que la dependencia emocional puede presentar una correlación positiva con la depresión y en ciertas investigaciones inclusive con tendencias suicidas. Además, que en la población femenina tiene una mayor incidencia, ya sea por factores biológicos o culturales. El estudio de Rusby et al. (2013) se afirma que a medida que las personas envejecen, tienden a ser menos dependientes emocionalmente; por lo cual, la edad también es un factor a considerar en futuras investigaciones.

1.2 Investigaciones con población latina sobre dependencia y depresión

En el trabajo de Lescano y Salazar (2020) se puso como objetivo el determinar niveles de relación entre la dependencia emocional, la ansiedad y la depresión. En una población de 350 mujeres de Nuevo Chimbote, Perú. Se les aplicaron tres instrumentos: Inventario de Dependencia emocional – IDE, Inventario de Depresión de Beck II e Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados arrojados muestran una correlación positiva y significativa entre la dependencia emocional, la dependencia emocional, y la ansiedad.

Como objetivo, Bonilla et al. (2020) en su estudio se propone el demostrar la influencia de la dependencia emocional en la depresión. Por medio de un estudio de caso de una joven de Ecuador, se le aplicaron el Inventario de Dependencia Emocional IDE, el Inventario de Depresión de Beck y el Test Proyectivo de la personalidad de Max LRscher. En este caso, se demostró que la paciente posee una depresión mayor provocada por la dependencia emocional que se presenta.

En la investigación de Castillo (2017) se tuvo como objetivo el determinar la relación entre dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en una muestra conformada por 126 mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo, Perú. Se utilizaron el Inventario de Dependencia Emocional IDE, el Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos y el Inventario de Depresión de Beck-II. Los resultados que arrojó el estudio fue una relación positiva de moderada a fuerte entre dependencia emocional y depresión.

1.3 Investigaciones con parejas latinas sobre dependencia y depresión

La investigación realizada por Arcaya (2021) fue un estudio transversal correlacional el cual su objetivo fue determinar el grado de relación entre las variables Dependencia Emocional y Depresión en estudiantes de una Universidad Privada en la ciudad de Trujillo, Perú. Su población fue de 100 estudiantes (hombres y mujeres) entre edades de 20 a 24 años. El muestreo que se empleó fue no probabilístico y fue de tipo intencional. Los criterios de inclusión fueron la edad, provenir de una familia disfuncional y que el participante haya mantenido una relación amorosa en los últimos 12 meses. Los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron el Cuestionario de Dependencia Emocional y el Inventario de Depresión de Beck, los cuales fueron aplicados en una sola sesión. Los resultados evidenciaron una relación directa con un tamaño de efecto moderado entre la dependencia emocional y la depresión (siendo esta $rs=.39$).

Pradera (2018) realizó su investigación en dos establecimientos penitenciarios en Lima Metropolitana, Perú. Su objetivo fue establecer la relación entre la depresión y la dependencia emocional hacia la pareja en internos de estos establecimientos. Su tipo de estudio fue descriptivo correlacional y con diseño no experimental. La población fue constituida por 554 reclusos cuyas edades fueran mayor a 18 años. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, tener una condición judicial de reo primario, tener o haber tenido pareja y ser nacionalidad peruana. Para la medición de las variables se usaron: El Inventario de Depresión de Beck-II y la Escala de Dependencia Emocional ACCA. Los resultados muestran que casi la mitad de los internos (49.4%) presentaron niveles de sintomatología depresiva entre leves y moderadas. Un 30% de la muestra se ubicó entre tendiente la dependencia y dependiente emocional. Concluyendo que la relación entre dependencia emocional y depresión es positiva, siendo las áreas de dependencia, percepción de la autoestima, apego a la seguridad o protección y el miedo a la soledad los que obtienen índices más altos; agregando también que la muestra que se encontraba en una relación de pareja presentaba mayores niveles de depresión en comparación

con otros grupos de referencia, siendo así, se muestran mayores índices de dependencia emocional en sujetos en una relación.

En resumen, los trabajos descritos muestran que la depresión y la dependencia emocional se relacionan positivamente en todos los casos; también la dependencia emocional ha sido ligada a trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad llegando a influir en sus indicadores. Sin embargo, son pocos los trabajos latinos que han estudiado la dependencia emocional; siendo estos estudios en población femenina. Considerando la influencia que pueden tener los factores socioculturales al momento de desarrollar y/o mantener una dependencia emocional en las relaciones de pareja (Castelló, 2005), es importante realizar estudios en la demografía mexicana, y conocer las características particulares que pueden presentarse en esta población. Se espera entonces, que la presente investigación permita tener una mayor comprensión de estos factores para poder mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión en la población mexicana.

2. Planteamiento del problema

La depresión ha sido definida como “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”.

Por su parte, la definición de dependencia emocional es caracterizada por patrones desadaptativos caracterizados por un sentimiento crónico de vacío emocional, búsqueda de complacencia e intentos de satisfacer el sentimiento de disgusto emocional ante la ausencia del ser amado. Al ser de carácter afectivo, no tiene explicaciones que justifiquen tal deseo o necesidad de la otra persona. De este modo, han sido diseñados instrumentos que evalúan la dependencia emocional como rasgo de personalidad o como distorsión cognitiva.

Estudios internacionales han encontrado correlaciones positivas entre la depresión y la dependencia emocional (medida como rasgo), e incluso reportan que se han vinculado con tendencias suicidas. Además, han encontrado que las mujeres tienden a presentar mayores índices de dependencia emocional que los hombres.

En Latinoamérica se han realizado pocos estudios al respecto, y se reporta que también hay dichas correlaciones. Sin embargo, solo se han realizado en población femenina.

Otra diferencia importante al estudiar la dependencia emocional en Latinoamérica está relacionada con abordar dicha condición como una distorsión cognitiva. Al respecto, dos trabajos de tesis en Perú correlacionaron la dependencia emocional y la depresión en población de hombres y mujeres; uno de estos trabajos no realizó análisis de género y el otro reportó que los hombres presentan un mayor índice de dependencia que las mujeres.

En relación con las distorsiones cognitivas se reportó que la variable de pensamientos automáticos se encuentra presente tanto en depresión como en dependencia emocional; presentando distorsiones tales como la falacia de cambio, los “debería”, filtros mentales y culpabilización. Esto aumentaría las probabilidades de padecer un cuadro depresivo o establecer relaciones de pareja dependiente.

Teniendo en cuenta que la cultura es un factor relevante en la conceptualización y las relaciones de pareja, es importante conocer cuáles son las características específicas de la población mexicana que subyacen a la dependencia emocional de la pareja en términos cognitivos, y cuáles podrían relacionarse con la depresión.

A partir de lo anterior el presente trabajo tiene como propósito evaluar la relación entre la depresión y la dependencia emocional medida como una distorsión cognitiva, en hombres y mujeres de la población mexicana que tengan una relación monogámica. Lo anterior servirá para identificar las características particulares que subyacen a dicha relación en nuestra población.

3. Objetivos

Objetivo general

- Conocer la relación entre la depresión y la dependencia emocional en personas mexicanas que estén en una relación de pareja monogámica.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de relación entre la depresión y la dependencia emocional por categoría de edad.
- Identificar los niveles de depresión por sexo.
- Identificar los niveles de dependencia emocional por sexo.

MARCO TEÓRICO

4. Depresión

4.1 Definiciones de la depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) define a la depresión como “Un cuadro clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos” (American Psychiatric Association, 2013), para complementar esta definición Lugo et al, (2018) la describen como un periodo de al menos dos semanas en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por realizar actividades sin ser atribuibles a otra condición médica.

Por su parte la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la depresión es que es un desorden de salud el cual es diagnosticado y su condición es distinta a la de sentimientos de tristeza, estrés o miedo que se puede experimentar de vez en vez a lo largo de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Asimismo Islas et al, (2020) citando a Davidson, define la depresión como un estado emocional caracterizado por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de minusvalía y culpa, aislamiento de los demás, pérdida de sueño, el apetito, el deseo sexual o el interés y placer por las actividades usuales” además, los autores agregan que la depresión puede ser un síntoma de otros trastornos.

Otra definición es la de González-Forteza et al, (2015) que se refiere a la depresión como un síndrome conformado por distintos patrones de comportamiento y cuya significación clínica no obedece a respuestas convencionales. Atribuye una característica singular la cual se centra en una alteración del estado de ánimo asociada a malestar y discapacidad, así como sufrir dolor, riesgo de perder la vida o perder la libertad.

La conclusión de Sánchez (2019) es que la depresión es un conjunto de síntomas similares en los que la tristeza, apatía y otras alteraciones de la mente y físicas las cuales no discriminan raza, sexo, edad o religión.

Una definición de la depresión que plantean Lescano y Salazar (2020) es que es una sensación persistente de tristeza, una la cual es diferente a las otras experiencias tristes en la vida, que se presenta con una experiencia de pérdida de control y gran dificultad para mantenerse motivado en asuntos que no sean sino su tristeza.

Apoyada desde la psiquiatría, Vázquez (2014) comprende la depresión como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. Cuyo síntoma elemental es la tristeza. Una caída en el humor más un fenómeno de inhibición ralentizan los procesos psíquicos llevando a la conciencia e intereses del sujeto a una reducción.

La depresión para Baringoltz (2009) es un estado complejo que tiene diferentes grados de severidad, que se manifiesta en distinta sintomatología y es caracterizada por una alta reactividad a las circunstancias de la vida actual. La etiología de la depresión es causada por la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

En un enfoque social, Mirowsky y Ross citados por Estramiana et al. (2010) definen a la depresión no como un trastorno de la personalidad, sino como un estado subjetivo de malestar tanto físico como emocional, resultado de las múltiples presiones socioestructurales que se ejercen sobre el individuo.

Desde una perspectiva cognitiva Beck define la depresión como una alteración de la manera de pensar, donde el sujeto deprimido deforma su realidad, de cambios objetivos y subjetivos, pero que obedecen a los errores de procesar la información, patrones cognitivos disfuncionales (Beck et al., 2010; Pradera, 2018).

Desde esta misma visión, Beck nos presenta su tríada cognitiva, la cual el esquema de procesamiento del individuo se ve afectado, se divide en una visión negativa de sí mismo, del entorno o sus experiencias y del individuo. La visión negativa de sí mismo hace que la persona se perciba de una manera incompetente e inservible, tiende a subestimar su capacidad de acción y se critica con autoatribuciones negativas. En lo que respecta a la visión del entorno, el sujeto percibe las vivencias de su vida como algo que no vale la pena y las valora como una pérdida de tiempo, se tiene una visión del mundo donde se tiene obstáculos insuperables. Se siente superado, derrotado y frustrado. Esto lleva a pensar que sus dificultades y sufrimientos continuarán de una manera incontrolable y continuarán indefinidamente (Baringoltz, 2009; Pradera, 2018).

4.2 Síntomas y características clínicas de la depresión

En el anterior apartado se han abordado diferentes definiciones de la depresión y sus diferencias que pueden presentar a lo largo de la población, pero la mayoría de los autores y fuentes no pueden definir la depresión sin antes describir su sintomatología y sus características.

La OMS (2021) atribuye a la depresión un estado de ánimo deprimido, donde

sentimientos como tristeza, irritabilidad, sensación de vacío suelen estar presentes, al igual que pérdida del disfrute o del interés en actividades, y que suele persistir la mayor parte del día, casi todos los días o al menos dos semanas. También se presentan otros síntomas como lo es dificultad en la concentración, un sentimiento excesivo de culpa o autoestima baja, desesperanza por el futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones en el ciclo del sueño, cambios en el apetito y una sensación de fatiga o falta de energía. Los contextos culturales pueden favorecer síntomas somáticos como dolor, cansancio o fatiga extrema, y estos síntomas no pueden ser explicados por otra condición médica. Durante un episodio depresivo, la persona ve afectada su funcionamiento en ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional, entre otros.

El DSM-V describe las características de un trastorno depresivo mayor el cual “se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración [...] que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas”. El manual hace una distinción entre la tristeza normal y la tristeza de un episodio depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2013)

La APA (American Psychiatric Association, 2013) dentro del DSM-V caracteriza un episodio depresivo dentro de los siguientes criterios:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Poco apetito o sobrealimentación.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Poca energía o fatiga.
5. Baja autoestima.
6. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
7. Sentimientos de desesperanza.
8. Ideación suicida (en caso de un episodio depresivo mayor).

En la investigación de González-Forteza et al, (2015) atribuyen características a los trastornos depresivos, como lo es el Episodio de Depresión Mayor o la Distimia, por su impacto en la salud, en el estado de ánimo de la persona, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida como el apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa e ideación suicida.

En un ámbito con adolescentes, la depresión suele manifestarse con conductas antisociales, un uso excesivo de alcohol o sustancias ilícitas, irritabilidad, agresividad,

aislamiento, pérdida del autocuidado, inquietud, tristeza, anhedonia, autocrítica, pérdida del autoestima y de la autoimagen, ideas o pensamientos relacionados al suicidio (Vega, 2018).

El sujeto con depresión suele replegarse dentro de sí mismo y se aísla de las otras personas. Se presentan trastornos de la memoria, ralentización de las actividades motrices, fatiga y malestares somáticos, así mismo predominan sentimientos de culpa y dolor moral (C. Vázquez, 2014).

Por su parte, en la propuesta de Dubovsky (1990) la depresión presenta un patrón de signos y síntomas que resume en las siguientes cinco áreas:

a) Síntomas anímicos

La alteración emocional en esta patología es el notable sentimiento de tristeza. Al mismo tiempo, suele estar acompañado de un sentimiento de pesadez, infelicidad, nerviosismo o un sentimiento de vacío, junto con lo anterior, se encuentran baja en los sentimientos de autoestima, la pérdida de la confianza, y sentimientos de impotencia; en gran parte de la población que ha padecido o padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida o de autolesión (Pérez-Padilla et al., 2017; Pradera, 2018).

b) Síntomas motivacionales y conductuales

Uno de los síntomas más notables en una persona con depresión es el estado de abulia, donde se vuelve una persona retraída e inhibida. Así como una falta de interés y motivación, una pérdida casi o completa de la capacidad de disfrutar las situaciones, todo lo anterior sumado a un estado de ánimo triste (Pradera, 2018).

c) Síntomas cognitivos

Se considera que una de las mayores alteraciones durante la depresión es el procesamiento de la información erróneo. Durante dicha patología se encuentran activados una serie de esquemas que la favorecen. Dichos esquemas suelen ser adquiridos durante los primeros años de vida, pero pueden permanecer inactivos y llegar a activarse cuando la persona se encuentra ante situaciones estresantes similares a aquellas cuando se formaron. Estos esquemas llegan a ser predominantes durante la depresión lo cual favorece la percepción y el recuerdo que son congruentes con ellos, es así como la persona deprimida llega a convencerse que las cosas son tan negativas como las percibe (Baringoltz, 2009).

d) Síntomas físicos

En el DSM-V ya se ha hablado de síntomas físicos como el insomnio, hipersomnia, o la

fatiga o falta de energía en la persona (American Psychiatric Association, 2013). Estudios recientes también asocian síntomas físicos dolorosos con un estado depresivo. Se ha corroborado que un 76% de pacientes con depresión reportan síntomas físicos como cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolores sin una localización específica. Además, que ciertas molestias musculoesqueléticas, dolor lumbar y dolor precordial llegan a predecir la intensidad de la depresión. Así que ha mayor número de síntomas físicos aumenta la probabilidad de una enfermedad psiquiátrica (Ruiz Flores et al., 2007).

e) Síntomas interpersonales

Las personas que están en un estado depresivo tienden a aislarse, y como resultado, su esfera social se deteriora (Pradera, 2018). Además, esta autora agrega que las personas con depresión refieren haber perdido su deseo de socializar e interactuar con sus grupos sociales. “El depresivo añora la soledad porque su misma presencia le resulta inoportuna y molesta, por la demanda de respuesta que ella implica y por la vergüenza que él siente por su estado de impotencia” (Bogaert, 2012).

Para Beck et al, (2010) los síntomas de la depresión pueden ser clasificados en los siguientes grupos.

1. Síntomas afectivos: Donde se encuentran la tristeza, ansiedad, pérdida de gratificación, apatía, una disminución o pérdida de los sentimientos y afecto por las otras personas, así como la pérdida de la alegría.
2. Síntomas motivacionales: Un deseo de escapar, el cual normalmente es por la vía del suicidio, un deseo incipiente de evitar problemas o actividades de la vida diaria.
3. Síntomas cognitivos: Dificultad de concentración, problemas atencionales, pérdida de memoria. Distorsiones en los esquemas cognitivos.
4. Síntomas conductuales: Suele estar la pasividad, como el estar en cama o permanecer estático durante horas, evitación o la huida de la interacción con otras personas, lentitud o agitación.
5. Síntomas fisiológicos o vegetativos: Alteraciones del sueño, del apetito.

4.3 Etiología de la depresión

Hasta la década de los 70, las principales explicaciones que se daban en los enfoques psicológicos para la depresión precedían del psicoanálisis o estaban basados en teorías del aprendizaje. Con la crisis del conductismo y la sustitución de este mismo con la llegada del

paradigma cognitivista se abrirá espacio a modelos teóricos que tratan de explicar la aparición de la depresión (Estramiana et al., 2010).

Es aquí cuando empiezan a darse explicaciones del origen de la depresión desde diferentes perspectivas, dando cada una su modelo etiológico, pero a la vez diferentes modos de tratamiento (Montes, 2004). En su texto Bogaert (2012) critica la monocausalidad en relación con los trastornos del estado de ánimo. Estos son complejos, por ello requiere una visión multicausal donde no solo exista una colaboración entre los profesionales de la salud, sino que es necesario verlo desde múltiples enfoques.

4.3.1 Factores biológicos

Desde un enfoque biológico, se piensa que un factor de riesgo para padecer depresión es por herencia mientras que uno más común es por origen ambiental. La interacción de estos dos factores puede llegar a desarrollar una alteración en el hipotálamo, resultando en una disminución en los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina y metabolitos corticotropina la cual da como resultado una secreción excesiva de cortisol en respuesta al estrés. El sujeto con depresión suele excretar grandes cantidades de cortisol a lo largo del día a diferencia de una persona normal que tiene su pico más alto en las mañanas (Montes, 2004; Vega, 2018).

Las últimas décadas ha dominado la hipótesis de las monoaminas. Esta hipótesis propone que la depresión es causada por un déficit de ciertos neurotransmisores en la regiones límbicas del cerebro, estos neurotransmisores son la noradrenalina y la serotonina (Pérez-Padilla et al., 2017).

Otra hipótesis en el ámbito biológico es la del estrés crónico. Esta sugiere que los trastornos depresivos tienen su origen en modificaciones que se presentan en el sistema nervioso central en respuesta a niveles crónicos del estrés. Esto debido a que una gran cantidad de estrés es un factor de vulnerabilidad para presentar un trastorno de ánimo. Esto pone de manifiesto que la depresión y sus derivados son resultado de alteraciones en las funciones tróficas que impiden un funcionamiento adecuado de la actividad neuronal y altera la neuroplasticidad (Pérez-Padilla et al., 2017).

4.3.2 Factores psicosociales

Se ha evidenciado que personas que padecen trastornos del estado de ánimo tienen asociados problemas sociales como desencadenantes. Una ruptura matrimonial, el estatus

socioeconómico, una inadecuada situación económica, inestabilidad en el ámbito laboral o familiar, vivir aislado del centro urbano constituyen algunas causas para la aparición de este tipo de trastornos (Díaz et al., 2006). Así mismo, la edad, escolaridad, sexo, la ocupación han sido asociados en los factores de riesgo (Machado, 2016).

Con respecto al sexo del sujeto, los estudios parecen concordar que ser mujer incrementa el riesgo de padecer un trastorno depresivo (Díaz et al., 2006; Machado, 2016; Pradera, 2018; Veytia et al., 2012). Estudios han demostrado que las mujeres tienen más vulnerabilidad de padecer de trastornos depresivos, en proporción una de cada cinco; mientras los hombres se reduce a uno de cada diez (Islas et al., 2020). “El estar embarazada, dar a luz, educar a los hijos [...] la desesperanza aprendida en el transcurso del desarrollo de la vida, aumentan el riesgo de padecer depresión en la mujer” (Pradera, 2018).

No hay edad específica donde un trastorno depresivo pueda desarrollarse, sin embargo más frecuentemente se suelen hacer diagnósticos entre adultos de 40 a 50 años (Pradera, 2018). Veytia et al. (2012) argumenta que los sucesos estresantes en adolescentes, tales como cambio de entorno escolar, muerte de algún familiar y una ruptura amorosa se relacionan con síntomas de depresión en los adolescentes. En este mismo artículo, también describe que los sucesos estresantes relacionados con la familia se relacionan con una duración más larga de la depresión en los adolescentes. La niñez juega también un rol importante respecto a la predisposición a sufrir depresión, Machado (2016) argumenta que los eventos que causan estrés en una etapa temprana de la vida afectan con mayor frecuencia a personas que sufren de depresión; estas experiencias hacen más vulnerable a la persona en una etapa adulta.

4.3.3 Factores psicológicos

Los autores Borja-Delgado et al. (2019) hablan de una afectividad negativa, la cual se refieren a una tendencia de vivenciar estados emocionales negativos, la cual está acompañada de características comportamentales y cognitivas. Esta afectividad negativa implica una mayor sensibilidad ante estímulos negativos, y está asociada a una probabilidad mayor de padecer trastornos emocionales.

Desde una perspectiva psicodinámica, Vergote citado por Bogaert (2012) distingue la depresión como una patología del yo. El sujeto neurótico depresivo conserva su yo, conserva su capacidad de contactar con los demás y sigue siendo una persona con la cual es posible mantener un lenguaje común, aun cuando sitúa su yo en una posición distante e indiferente con

respecto a su entorno y a las demás personas. Sin embargo, a pesar de que el depresivo sigue siendo un sujeto abierto a una comunicación gobernada por el lenguaje y sus leyes, experimenta un vacío interior, habla de él mismo y su propia vergüenza. Para este mismo autor, el origen de la depresión se sitúa en la región de la personalidad donde convergen el anhelo de potencia y la imagen de sí mismo.

Para Freud citado por Vázquez (2014) comenta que en un proceso de duelo, el sujeto hace una traspolación de un objeto perdido hacia una pérdida del yo, y este mismo se le considera un ideal para la persona que ha sufrido esta pérdida. Esta elección es narcisista, en otras palabras, se elige conforme es el propio sujeto, y tras esta pérdida de lo ideal, hay algo de uno mismo que se pierde, ese objeto que se asemejaba al yo, que lo estimulaba y contribuía a su autoestima ya no está y se reacciona ante esa situación, entrando en un estado depresivo.

Por otro lado, los esquemas desadaptativos que se forman en la infancia también suelen asociarse a una depresión temprana y que tiende a permanecer a lo largo de la vida. También relaciones ambiguas o negativas con las figuras paternas favorecen un deprecio hacia uno mismo, llevando a un pobre autoconcepto, percibiendo el entorno social como agresivo, hostil y negativo (Pradera, 2018).

4.4 Tipos de depresión

La depresión ha sido clasificada en dos grupos, las crisis de melancolía endógena y la depresión neurótica o reactiva (Vázquez, 2014). Estas son descritas como:

4.4.1 Crisis de melancolía endógena

Este periodo que puede durar semanas o meses, es caracterizado por una inhibición y ralentización de las funciones psíquicas y motoras. Este se puede presentar en cualquier etapa de la vida y es más recurrente en mujeres.

El sujeto melancólico presenta insomnio, falta de interés por su ambiente y actividades que solían resultarle agradables, preocupación y un estado de humor, triste.

4.4.2 Depresión neurótica o reactiva

Este estado depresivo es resultado de eventos traumáticos como lo son un duelo, pérdida de aprecio, abandono, etc. Cualquier situación que haga sentir al sujeto desprolijo, con inseguridad y frustración. Cuando esto ocurre, genera en el propio sujeto una agresividad dirigida hacia sí mismo. Se presenta como una tristeza y un sentimiento inmenso de ansiedad.

La persona que la sufre no deja de tener la capacidad de tener contacto con las demás

personas y su entorno, busca ser consolado y comprendido, sin embargo, no se siente culpable y acusa a los demás por su mala suerte (Bogaert, 2012; C. Vázquez, 2014).

En la actualidad, las clasificaciones con mayor aceptación dentro de la comunidad médica y científica internacional son la del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000). A continuación, en la Tabla 1 se mostrarán cómo se clasifica la depresión según los manuales de clasificación y se dará una breve descripción de los trastornos depresivos clasificados.

4.4.3 Trastorno unipolar y bipolar

Los trastornos del estado de ánimo pueden ser clasificados en dos categorías: unipolar y bipolar. Siendo esta una clasificación centrada en los síntomas que diferencian a un paciente con trastorno depresivo, siendo este el unipolar, que aquellos que presentan otra alternativa al episodio depresivo, como episodios maníacos, siendo estos los trastornos bipolares (Carrobbles, 2014)

4.4.4 Clasificación de la depresión según DSM-5

Trastorno de depresión mayor. Se debe considerar la presencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte de día casi todos los días. El periodo de tiempo característico de este trastorno es de al menos dos semanas. Se deben presentar al menos cinco síntomas (anteriormente descritos) y para su diagnóstico debe aparecer uno de los siguientes síntomas: un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Trastorno depresivo persistente (distimia). El rasgo principal de este trastorno depresivo es la presencia de un estado de ánimo deprimido que se muestra la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente en un periodo al menos de dos años o un año en niños y adolescentes. La información estadística muestra que cualquier intervalo sin los síntomas de este trastorno tiene una duración máxima de dos meses.

Trastorno de regulación disruptiva del estado de ánimo. Lo que caracteriza este trastorno es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Clínicamente tiene dos manifestaciones importantes, la primera siendo accesos de cólera frecuentes; los cuales deben ocurrir en un periodo de menos de un año y en al menos dos ambientes del sujeto. Y siendo la segunda manifestación un estado de ánimo persistentemente irritable o en enfado crónico entre cada episodio de cólera. La validez estadística muestra que sólo debe ser diagnosticada en sujetos de 7 a 18 años.

Trastorno disfórico premenstrual. En este trastorno las características principales son una expresión de labilidad afectiva, disforia y sintomatología ansiosa y que se repiten durante la fase premenstrual y que pueden durar alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales del último año y afectar de manera negativa el funcionamiento en el área social o laboral.

Trastorno depresivo inducido por sustancias.

Trastorno depresivo por afección médica.

Trastorno depresivo no especificado.

4.4.5 Clasificación de la depresión según el CIE-10

Episodio depresivo. Dentro de esta clasificación, el sujeto se caracteriza por una disminución del ánimo, reducción de su energía y actividad física. Se deteriora la capacidad de disfrute, interés y concentración. Se perturba el ciclo de sueño, y el apetito se ve afectado. El episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o grave dependiendo la cantidad y gravedad de los síntomas.

Trastorno depresivo recurrente. Los síntomas se comparten con el episodio depresivo, sin embargo, el paciente sufre de repetidos episodios. La primera aparición de un episodio puede ocurrir a cualquier edad y su duración puede durar pocas semanas a varios meses. Se clasifica como leve, moderado o grave.

Trastornos del humor persistentes. En este tipo de episodios, la gravedad no llega a ser lo suficientemente grave como para clasificarlos como hipomaníacos o episodios depresivos leves. Su duración de años afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente, implicando angustia y una incapacidad considerable. Dentro de esta clasificación está la ciclotimia y la distimia.

Otros trastornos del humor.

Trastornos del humor no especificados.

Tabla 1*Clasificación de la depresión según el DSM-V y CIE-10*

Trastornos depresivos	
DSM-V	CIE-10
Trastorno de depresión mayor.	Episodio depresivo.
Trastorno depresivo persistente (distimia).	Trastorno depresivo recurrente.
Trastorno disruptivo del estado de ánimo.	Trastornos del humor persistentes.
Trastorno disfórico premenstrual.	Otros trastornos del humor.
Trastorno depresivo inducido por sustancias.	Trastornos del humor no especificados.
Trastorno depresivo por afección médica	
Trastorno depresivo no especificado.	

4.5 Teorías y modelos explicativos de la depresión

En la actualidad existen diferentes modelos explicativos de la depresión, estos intentan dar un tratamiento basado en la evidencia y metodología científica (Pradera, 2018; Vázquez et al., 2000). Los modelos teóricos parten del papel de los procesos cognitivos y su rol en la concepción de la depresión, como la personas procesa de forma consciente y voluntaria la información que procede de su entorno (Estramiana et al., 2010). Aunque se pueden enlistar varios modelos, se expondrán solamente algunos.

4.5.1 Modelo atributivo

Ya se ha dicho anteriormente que los modelos explicativos parten de los procesos cognitivos y la forma en que la persona procesa la información del ambiente, sin embargo, esta forma de entendimiento ignora los determinantes sociales. En el modelo atributivo se enfatiza que la atribución de causas internas, estables y globales ante situaciones adversas o acontecimientos vitales estresantes se relacionan con la depresión. (Estramiana et al., 2010).

El estrés desde esta perspectiva es definido como un conjunto de demandas sociales y presiones del mismo medio que sobrepasan las capacidades del sujeto. El efecto de los estresores depende no solamente de la medición que hace el individuo, sino también de los recursos de adaptación que están a su alcance.(Estramiana et al., 2010).

4.5.2 Modelo neurobiológico

En la perspectiva de la biología los niveles neurofisiológicos y sus posibles alteraciones intervienen en la génesis de un trastorno afectivo. Los niveles implicados van desde alteraciones moleculares, desregulación neurotransmisora neuroendocrinológica y neuro inmune, hasta manifestaciones afectiva, cognitiva y conductuales (Zandio et al., 2002). Otra hipótesis dentro del modelo es que la depresión endógena se relaciona con una reducción en las actividades de las monoaminas, las cuales son la serotonina y la noradrenalina, en el sistema nervioso central (Sánchez, 2019).

4.5.3 Modelo psicoanalítico

Las teorías establecen como posible causa a una pérdida real o imaginaria de un “objeto” y en las vivencias de la vida temprana. El origen de la depresión se sitúa como un conflicto de la infancia no resuelto el cual lleva a la edad adulta a ser un sujeto más vulnerable ante posibles pérdidas o las frustraciones (Bogaert, 2012; Sánchez, 2019).

4.5.4 Modelo conductual

Los tratamientos por el medio conductual confían en las evidencias empíricas de la psicología experimental para tratar la depresión. Se centran más en determinantes actuales de la conducta más que en la historia del aprendizaje del sujeto. El modelo conductual propone que el trastorno depresivo es un fenómeno aprendido, relacionado con interacciones negativas entre el sujeto y su medio (Vázquez et al., 2000).

La forma en que los modelos conductuales abordan los trastornos de ánimo es estudiando en como las personas manejan su comportamiento para la obtención de objetivos a largo plazo. Cuando una persona sufre de depresión se llega a percibir una incompetencia para lograr los objetivos a largo plazo, junto con una impotencia de manejar su propio comportamiento (Sánchez, 2019).

El entrenamiento en autocontrol desarrollado por Rehm (citado por Sánchez, 2019; y Vázquez et al., 2000) propone a la depresión como un conjunto de problemáticas relacionadas al autocontrol, se entiende que este trastorno es consecuencia de la relación entre recompensa y castigo. Este modelo propuesto se centra en una serie de procesos tales como la adopción de la conducta meta, auto refuerzo, el manejo de contingencia y el rendimiento de la conducta actual. La teoría entiende a los sujetos deprimidos como perfeccionistas, que se proponen metas inalcanzables e irrealistas, centrándose en aspectos negativos de su entorno y su tasa de

autocastigo es elevada a comparación del esfuerzo real aplicado.

4.5.5 Modelo cognitivo

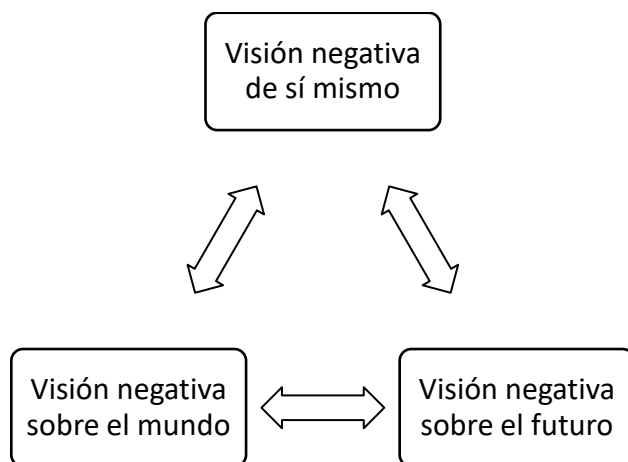
Las terapias cognitivas proponen que la percepción errónea de sí mismo, del entorno, de los otros y de los sucesos acontecidos pueden dar como consecuencia un trastorno depresivo. La investigación apoya la idea de que las personas que sufren depresión perciben y evalúan de forma negativa las cosas que suceden día a día, esto afecta los procesos cognitivos como lo son el autoconcepto, atribuciones, etc (Vázquez et al., 2000). Entre los modelos cognitivos, el que mayor apoyo empírico tiene es la teoría cognitiva de Beck.

Teoría cognitiva de Beck. Rehm (1990) cita a Beck definiendo la depresión en términos cognitivos. Aclara que un principio básico de este enfoque es que un esquema siempre medio entre la experiencia y la respuesta emocional a esta experiencia, es decir, los esquemas negativos distorsionan cogniciones que una persona tiene en una situación en específico. Beck explica la depresión por medio de tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Tríada cognitiva. El concepto de tríada cognitiva lo define Beck et al. (2010) de la siguiente forma: este consiste en tres patrones de la cognición que llevan al sujeto a considerarse a sí mismo, al futuro y a sus experiencias de una manera subjetiva (Figura 1).

Figura 1

Tríada cognitiva de Beck



La primera parte lleva al sujeto a atribuir todas sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea de tipo psíquico, moral o físico. Debido a esto tiene la imagen de ser culpable e inútil, careciente de valor. Esto lleva a que se vea a sí mismo como falto de las características

que considera esenciales para lograr la felicidad.

La segunda pieza es la tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa. Percibe demandas exageradas de su entorno y al mismo tiempo siente que le presenta obstáculos que son insuperables para alcanzar los objetivos deseados. Su interacción con su entorno se rige en términos de derrota o frustración.

El tercer componente es la visión negativa del futuro. Cuando la persona deprimida define metas a largo plazo anticipa que sus dificultades o sentimientos de sufrimiento continuarán de manera indefinida. Se prepara para penas, frustraciones, y desprovistos interminables. Cuando se define una tarea a corto plazo o de un futuro inmediato, sus expectativas son de absoluto fracaso.

Este modelo considera el resto de los signos y síntomas del trastorno depresivo como resultado de los patrones cognitivos erróneos. Por ejemplo, si el sujeto piensa que será rechazado, este reaccionará con de manera negativa sintiéndose enojado o triste como si el rechazo fuera real. La dependencia también puede ser explicado en términos cognitivos. Dado que el sujeto se ve a sí mismo como inútil y sobreestima la dificultad de las tareas, tienden a buscar la ayuda y seguridad de las demás personas. Los síntomas físicos son explicados como consecuencia de la visión negativa del futuro y su sensación de que nada importa que pudiese producir una inhibición psicomotriz.

Esquemas o la organización estructural del pensamiento depresivo. Este segundo componente del modelo cognitivo de Beck se utiliza para explicar por qué un paciente mantiene ciertas actitudes y creencias que le hacen sufrir y que por sí mismas son contraproducentes, contra la evidencia objetiva de que existen factores que benefician su salud y bienestar.

Cualquier situación está compuesta de un conjunto de estímulos. El sujeto atiende selectivamente a estos estímulos específicos, los combina y con ello conceptualiza la situación. Hay ciertos patrones cognitivos que son relativamente estables que conforman la base de la regularidad de las interpretaciones de ciertas situaciones. A estos patrones cognitivos se les designa el nombre de “esquema”.

Cuando la persona confronta una situación, el esquema se encarga de localizar, diferenciar y codificar los estímulos. Los tipos de esquema definirán el cómo la persona estructura las distintas experiencias. Rehm (1990) aporta a la definición de los esquemas como estructuras de información almacenada cuya función es interpretar las nuevas vivencias. Una

plantilla de experiencias contra las cuales nueva información es comparada e incorporada.

Estos pueden permanecer largo tiempo en el individuo de manera inactiva y ser activados por un “input” del ambiente específico, como lo puede ser una situación que genera ansiedad.

En una persona con depresión estos esquemas son distorsionados de tal manera que compaginan con la distorsión del entorno, alimentando más las creencias erróneas. El individuo pierde una capacidad importante sobre sus pensamientos y se vuelve incapaz de apoyarse en otros esquemas más funcionales. Estas distorsiones varían dependiendo la gravedad de la depresión, en sujetos con depresiones más leves, los pensamientos negativos son capaces de ser vistos de una manera objetiva. A medida que se agrava la depresión el pensamiento se ve dominado por ideas negativas, aun cuando no haya evidencia objetiva de las situaciones reales y sus propias interpretaciones negativas. En un paciente con depresión grave, la persona está dominada completamente por los pensamientos negativos, repetitivos, intrusivos y constantes.

Errores en el procesamiento de la información. Las personas que sufren algún trastorno depresivo presentan distorsiones o sesgos cognitivos, estas se validan por medio de los errores sistemáticos, a pesar de la existencia de la evidencia contraria.

- Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de adelantar una conclusión a una situación aún sin tener evidencia o información que apoye a dicha conclusión.
- Abstracción selectiva. Se refiere a centrarse en un detalle particular el cual ha sido sacado del contexto general, mayormente ignorando otras cualidades que tienen mayor relevancia en la situación.
- Generalización excesiva. Consiste en elaborar una regla o conclusión general basado en situaciones o casos particulares y aplicarla en situaciones relacionadas o a hechos sin la mínima relación.
- Maximización y minimización. Es la magnificación (o en su contrario, la disminución) de alguna circunstancia o situación, se tienden a la distorsión de la magnitud o significación de esta. Esto en los dos casos no es objetivo y crea una distorsión de la realidad.
- Personalización. Se refiere a tendencia de atribuirse fenómenos externos a uno mismo, aun cuando no haya evidencia de tal conexión o relación.
- Pensamiento absolutista o dicotómico. Se manifiesta en la tendencia del sujeto en categorizar las experiencias en sólo dos posibles alternativas, las cuales son mutuamente

excluyentes; por ejemplo, limpio o sucio, bueno o malo. La persona tiende a elegir la categoría del margen negativo

Así, la persona negativa tiende a ver las cosas de una manera global respecto a los sucesos que afectan su vida. Los pensamientos tienden a ser absolutistas, categóricos, negativos, extremos, etc (A. Beck et al., 2010).

4.6 Evaluación de la depresión

Dentro de la evaluación de la depresión se utilizan diferentes instrumentos para la medida de la gravedad de los síntomas de la depresión, así como su respuesta al tratamiento. Estos tienen como objetivo la evaluación de los síntomas en un marco temporal, los cuales permiten la calificación de cada ítem, así como la obtención de un puntaje final.

4.6.1 *The Hamilton Rating Scale for Depression*

La escala de Hamilton para la depresión o también HRSD o HAM-D fue publicada en 1960, y está compuesta originalmente por 21 ítems. Esta proporciona una puntuación global de la profundidad del cuadro depresivo. También incluye tres índices o factores como lo son la ansiedad, melancolía y sueño (Hamilton, 1986).

La respuesta al tratamiento se evalúa como una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial, una respuesta parcial o media cuando oscila entre el 25y el 49% y como ninguna respuesta al tratamiento como una reducción de menos del 25% (Hamilton, 1986).

4.6.2 *Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)*

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente o *Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* consta de 9 reactivos que evalúan la sintomatología depresiva, abarcando las 2 últimas semanas hasta aplicado el cuestionario. El diagnóstico de un cuadro depresivo se sugiere al tener 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está ligado directamente con el estado de ánimo o con la anhedonia (Fundacion MF, 2017).

4.6.3 *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*

La *Montgomery Asbeg Depression Rating Scale (MADRS)* es una escala que consta de 10 ítems que evalúan la profundidad de la sintomatología depresiva. Esta escala debe ser aplicada únicamente por un experto, aunque existen versiones que son autoaplicables.

Los apartados incluyen tristeza, tristeza referida, tensión interna, disminución del sueño, disminución del apetito, dificultades en la concentración, laxitud, incapacidad para sentir,

pensamiento pesimista y pensamientos suicidas. El marco de tiempo que abarca la prueba corresponde a la última semana o los últimos 3 días (Williams y Kobak, 2008).

4.6.4 Inventario de Depresión de Beck

Beck Depression Inventory o Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más utilizados (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). El BDI-II es un instrumento autoaplicable de 21 ítems donde el sujeto tiene que elegir de menor a mayor gravedad la frase que mejor describa su estado anímico las dos últimas semanas.

Al sumar el total obtenido de los ítems, hay una calificación que va del 0 al 63. Siendo 0 a 13 un cuadro depresivo mínimo, de 14 a 19 un cuadro depresivo leve, de 20 a 28 moderado y mayor a 29 grave (Beck et al., 1987).

5. Tipos de relaciones de pareja

John Bolby describe en su teoría del apego la necesidad universal del ser humano de entablar vínculos con los demás a los cuales se pueda recurrir en momentos de incertidumbre o sufrimiento. Este apego en los adultos es moldeado por medio de las relaciones del niño con sus padres creando modelos operativos internos (citado por Guzmán et al. 2012).

En su investigación sobre la infidelidad, Camacho (2010) clasifica a las diferentes tipos de pareja por la profundidad del vínculo, el tiempo, los contratos que se establecen mutuamente, y en general, la exclusividad afectiva y sexual.

- **Tranza o historia.** Este término hace referencia a la relación sin compromiso significativo alguno, ambas partes tuvieron en algún punto un acercamiento amoroso, donde no necesariamente hubo un encuentro sexual. Generalmente no se cuenta con un convenio de nivel social, y tampoco alguno de fidelidad.
- **Amigovios.** En esta categoría se encuentran aquellas relaciones donde se tiene cierta continuidad en el tiempo, suelen tratarse de relaciones abiertas donde aún no hay algún compromiso establecido. Los sentimientos de los miembros pueden ser fuertes o no estar aún definidos claramente. Por lo general, no hay un acuerdo de exclusividad ni de fidelidad.
- **Novios.** Son las relaciones donde existe una continuidad en el tiempo, los sentimientos por parte de los miembros son fuertes y hay proyectos, actividades o salidas en común. En este tipo de relaciones la sociedad o círculos cercanos saben acerca de la pareja. Existe un acuerdo mutuo de exclusividad y de fidelidad, ya sea implícito o explícito.

- **Pareja abierta.** Son aquellas relaciones donde existe una continuidad en el tiempo, un vínculo afectivo importante, comparte la mayoría de las características de una relación de noviazgo, sin embargo, no comparte la exclusividad sexual y de fidelidad.
- **Amantes.** Es una relación donde existe cierto compromiso afectivo y continuidad en el tiempo. Por lo general, uno o ambos miembros tienen alguna otra relación afectiva. El compromiso social es limitado y por lo general, no se hace pública la relación.
- **Matrimonio.** Una relación donde existe una continuidad en el tiempo, y un vínculo afectivo significativo. Hay salidas, actividades y proyectos en común, en general conviven y hay un compromiso social, al mismo tiempo existe un acuerdo mutuo de fidelidad y exclusividad. En este tipo de relaciones existe un contrato legal y/o religioso que une a los miembros de la pareja.

6. La dependencia emocional

6.1 Definiciones de la dependencia emocional

La dependencia emocional puede ser entendida como una necesidad extrema, desde una perspectiva emotiva y afectiva, que una persona siente hacia su pareja sentimental a lo largo de diferentes relaciones (Castelló, 2005) .

Este mismo autor hace una distinción entre la dependencia emocional y la dependencia instrumental. La instrumental se caracteriza por una falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social, indefensión, dificultad para tomar decisiones y para asumir responsabilidades, una necesidad interna de saberse querido o próximo a la otra persona. La dependencia emocional tiene este carácter afectivo, que no tiene otro tipo de explicaciones que puedan justificar tal deseo o necesidad, ya sea, por la idealización o sumisión a la pareja (Castelló, 2005).

La dependencia emocional es considerada para Arregocés et al. (2019) como “una relación adictiva cuyo objeto de dependencia es la otra persona”. Esta puede presentar una conducta general y adaptativa en las personas, pero llegar a ser un problema cuando se experimenta de manera sumamente intensa o excesiva.

En esta misma línea Urbiola et al. (2014) la define como un conjunto de características que vuelven emocionalmente dependiente a una persona y que podría sentir ansiedad ante un posible abandono de la persona de dependencia y por consiguiente manifestar conductas de extremo control a la pareja.

Una dependencia afectiva como la nombran Moral y Sirvent (2008) se define como un trastorno que es caracterizado por un comportamiento adictivo en las relaciones interpersonales, la cual se basa en una asimetría del rol y una necesidad o dependencia constante de la otra persona. Siendo así, un comportamiento desadaptativo secundario a una interrelación afectivo-dependiente.

Por su parte, Rodríguez de Medina Quevedo (2013) aborda el concepto como un concepto del *self* pobre y deficiente, el cual se termina buscando en los demás. Distorsiona la visión de uno mismo y la de las demás personas.

Pradera (2018) menciona que es un trastorno asociado a características de la personalidad el cual es identificable en el individuo por una necesidad extrema de la pareja, que al mismo tiempo sostiene una creencia errónea o negativa de sí mismo, terminando en una aceptación de comportamientos dañinos o cualquier tipo de maltratos para no ocasionar una ruptura en la relación y sienten un especial rechazo a emociones negativas siendo las principales el abandono o la soledad.

6.2 Síntomas de la dependencia emocional

La sintomatología propuesta por Castelló (2005) se divide en tres distintas áreas de la vida del ser humano: el área de las relaciones de pareja; de las relaciones con el entorno interpersonal; y el de la autoestima y el estado de ánimo. En la tabla 2 se exponen las áreas con sus características correspondientes propuestas por este autor.

Tabla 2

Áreas y sus características de un dependiente emocional

Área de las relaciones de pareja	Área de las relaciones con el entorno interpersonal	Área de la autoestima y el estado de ánimo
Necesidad extrema de la otra persona o un deseo constante de ella	Deseos de exclusividad de las otras personas significativas	Baja autoestima
Deseos de exclusividad dentro de la relación	Necesidad constante de agradar a los otros	Miedo y rechazo a la soledad

Priorización de la otra persona sobre cualquier otra cosa	Déficit en las habilidades sociales	Estado de ánimo negativo
Idealización de la pareja		
Relaciones que se basan en sumisión o sometimiento		
Historial de relaciones inestables		
Miedo al fin de la relación		
Aceptación de las creencias del otro		

Por su parte, Mora y Sirvent (2009) atribuyen a la persona con dependencia emocional tres componentes generales con sus respectivos síntomas. Se dividen en *adictofilicos, vinculares y cognitivo-afectivos*.

La sintomatología de una persona dependiente emocional es enlistada por Congost (2011) de la siguiente manera:

- Necesitar de la otra persona
- Exigir demostraciones de afecto a la pareja
- Deseo constante de que la otra persona esté junto a mí
- Control absoluto del otro
- Dejar del lado el comportamiento propio con el fin de adaptarse a la otra persona, permitiendo abusos o degradaciones personales para evitar una posible ruptura
- Sentir temor o pánico ante el abandono del otro
- Alejarse de los demás círculos sociales con el único fin de seguir con la pareja
- Él otro se vuelve prioridad y centro de nuestra atención
- Se suelen implicar en relaciones con reiteradas rupturas y reconciliaciones sin llegar a un cambio

6.3 Características de la dependencia emocional

En el apartado anterior se tomó en cuenta la sintomatología propuesta por Castelló (2005). Este autor divide las características en tres dimensiones: las relaciones de pareja, las relaciones

interpersonales y con el estado de ánimo o autoestima. A continuación, se describen las características de cada dimensión:

A) Dimensión de las relaciones de pareja:

- **Necesidad extrema del otro o un deseo constante de ella.** Es descrita por personas dependientes como un “hambre” insaciable de la otra persona. A menudo en la literatura es llamada *craving*, por su uso en personas dependiente de sustancias, y a la cual la sensación tiene parecido. La reacción de la otra persona puede ser de hartazgo o agobio; también puede ser aprovechado por este para una demarcación de límites estrictos.
- **Deseos de exclusividad dentro de la relación.** La exclusividad es entendida en una forma bidireccional. La persona dependiente se aísla de forma voluntaria de su entorno para dedicarse a tiempo completo a su pareja; por su parte, se espera que la otra pareja haga lo mismo.

La exclusividad no sólo se presenta en relaciones de pareja sentimental, sino que también con otras personas significativas. La persona dependiente se suele sentir más cómoda en relaciones de amistad de una sola persona.

- **Priorización de la pareja sobre cualquier otra.** Esta característica suele ser la más frecuente en este tipo de personas y la que más destaca para su entorno social. El dependiente vuelve a la otra persona el centro de su atención, el sentido de su existencia. Se suele presentar con una sumisión voluntaria. La palabra de la otra persona es ley, a lo cual el dependiente termina accediendo, ya que teme que, si se niega podría ocasionar el desagrado de la otra persona, o su peor temor, la ruptura.
- **Idealización de la pareja.** El dependiente idealiza a la otra persona a lo largo de la relación sentimental. Es consciente de sus defectos, pero es idolatrado por tener todo lo que no tiene el dependiente como es seguridad de sí mismo, aprecio a su persona y una posición superior a las otras personas. Esta idealización tiene origen en la carencia de afecto apropiado de su entorno y de su baja autoestima, lo que genera una visión distorsionada de sí mismo.
- **Relaciones que se basan en la sumisión.** La persona dependiente ve el entregarse de forma voluntaria a la otra persona como un regalo, un agradecimiento por estar cerca de ella. Este comportamiento termina llevando a la persona a una espiral de sufrimiento a lo largo que se desarrolla la relación, aun así, le es difícil escapar porque teme a la soledad y

a la ruptura.

- **Historial de relaciones inestables.** Es usado como un factor clave para diagnosticar dependencia emocional en la persona. En un término general, la vida amorosa del dependiente es un historial de parejas tormentosas y desequilibradas. Se manejan algunas variantes como lo puede ser una sola relación, pero que haya sido duradera y significativa. Otra variante es donde la persona dependiente haya sido el dominante o desinteresado, cuyas relaciones son simplemente usadas por el dependiente como un “puente” para aquella relación anhelada.
- **Miedo al fin de la relación.** Durante las primeras etapas de la relación la persona dependiente disfruta de esta. Sin embargo, pasadas estas primeras fases, vive en una agonía o preocupación constante ante el posible rompimiento. Cuando la otra persona se percata de esta vulnerabilidad puede amenazar haciendo uso de este miedo.
- **Aceptación de las creencias del otro.** En una etapa tardía de la relación, es posible que el dependiente haya interiorizado como suyas ciertas ideas que pertenecen a la otra persona. Estas ideas suelen girar sobre tres ejes: la superioridad de la otra persona, la inferioridad del dependiente y la idea de la relación.

B) Dimensión de las relaciones con el entorno interpersonal

- **Deseos de exclusividad de las otras personas significativas.** Al tratarse de individuos que buscan en los demás lo que no encuentran dentro de sí, pretenden tener cierta exclusividad no solamente con la pareja, sino también con otras personas significativas. Esto tiene como consecuencia un deseo extremo de posesión de los otros.
- **Necesidad constante de agradar a los otros.** Sea alguien regular de su círculo social o no, la persona dependiente tiende a querer agradar a cualquier persona en busca de la aprobación de los demás. Si en una relación de pareja el origen de la ansiedad es la ruptura, su equivalente en la relación con los otros lo es el rechazo.
- **Déficit en las habilidades sociales.** La necesidad de agradar deriva en una seria falta de asertividad, su miedo al rechazo conduce inevitablemente a no expresar sus intereses y exigencias personales. Con relaciones más íntimas esto puede llegar a convertirse en desinterés o falta de empatía por parte del dependiente.

C) Dimensión de la autoestima y el estado de ánimo

- **Baja autoestima.** El principal acreedor a todas las problemáticas de un dependiente es la baja autoestima. Al igual que en otros trastornos, el déficit de la autoestima juega como causa y otras como consecuencia, pero en la dependencia emocional tiene una relevancia e intensidad enorme. Las personas dependientes son personas que anhelan el escapar de sí mismos, de sus cuerpos y mentes para encontrar refugio en alguien más.
- **Miedo y rechazo a la soledad.** Es consecuencia directa de la anterior característica, y también cumple el rol de los pilares fundamentales de la dependencia emocional. Un individuo dependiente se detesta a sí mismo, tienen pensamientos que pueden resultarle hirientes, por lo cual asocia al estar con el otro a escapar de estos pensamientos y ser feliz.
- **Estado de ánimo negativo.** Reúne las características suficientes para ser considerado un trastorno de la personalidad con sus comorbilidades.

6.4 Etiología de la dependencia emocional

En una recopilación de múltiples puntos que se relacionan con otros trastornos actuales (Moral y Sirvent (2008) aportan una propuesta psicosociológica donde desglosan los siguientes puntos:

- a) En un nivel relacional, hay un desdibujamiento de lo privado y lo público. La crisis de la superficialidad en las relaciones humanas, crisis de identidad, etc., aportan a que los límites sean cada vez menos entendidos por los sujetos que conforman la sociedad.
- b) La dependencia de las generaciones más jóvenes hacia sus antecesores genera estilos de vida más dependientes. Esto es manifestado en un perfil cada vez más borroso de un adolescente social interdependiente.
- c) El incremento de abusos por parte de los otros para evitar el sentimiento de minusvalía y soledad. Se empuja al individuo, el cual es inmaduro afectivamente, a no soportar la soledad.
- d) La catagelofobia es aquel termo obsesivo a pasar ridículo en público. Esto mismo nos lleva a cambiar nuestra forma de relacionarnos con los demás, perdiendo nuestra identidad esperando la aprobación de los otros. Se haya un paralelismo con las personas que soportan abusos y ciertas humillaciones con tal de no perder a la otra persona.
- e) La presión de la mass media tiende a la creación de consumidores en lugar de individuos. Buscando un mercado de sentimientos con el único propósito de exhibirlo vanidosamente

a la esfera pública.

- f) El cambio y la reafirmación de estos mismos en las relaciones de pareja e intimidad. Chantaje emocional, una desigualdad en los roles, intensidad afectiva, etc., son conductas que terminan implantando en el individuo una tendencia depender de la otra persona.
- g) La expansión de mitos populares que se arraigan en el colectivo y la representación social de las emociones.

Para Rodríguez de Medina Quevedo (2013) asocia a la sobreprotección de los padres el origen de una persona dependiente emocional. El autoritarismo de los progenitores se vincula con la generación de dependencias en niños, jóvenes y adultos. Si durante la relación paterna con el infante no se ocasiona un ofrecimiento de comportamientos independientes y autónomos, sino por el contrario, se le retrae sobreprotegiéndolo y alejándolo de todo acto que pueda construir su ser por sí mismo, este tiene una alta probabilidad de ser dependiente emocional hacia los demás.

El autor Schore citado por Rodríguez de Medina Quevedo (2013) subraya la importancia de las relaciones interpersonales para la remodelación del cerebro. Por medio de la teoría de la neuroplasticidad, afirma que los circuitos neuronales se movilizan y se moldean significativamente a través de personas cercas y las relaciones con estas. Destaca que las malas relaciones interpersonales, ya sean una mala experiencia amorosa o con la familia puede provocar una “desconfiguración” en el sistema cerebral.

En la visión de Castelló (2005) hay dos tipos de factores que pueden dar origen a una persona dependiente emocional, los factores causales y los factores mantenedores.

6.4.1 Factores causales

Se agrupan en cuatro grupos: carencias afectivas tempranas, mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima, factores biológicos y factores socioculturales.

Siendo el primero, origen de esquemas disfuncionales en el dependiente emocional creados por experiencias adversas desde el principio de su vida. No solo la falta de posible cariño de las personas próximas y significativas al niño, sino también la existencia de negligencia y violencia ya sea física o psicológica.

En el segundo grupo, Castelló (2005) propone una que las personas poseemos un entramado genético y experiencial que nos otorgan formas de reaccionar y características

diferentes a las de los demás. Es decir que, en circunstancias desfavorables, la persona dependiente insiste en su búsqueda de los demás y su cariño, permite que los sentimientos de los otros influyan en él.

En el factor biológico las mujeres tienden a una mayor disposición de la empatía, comprensión y el contacto social más que los hombres. Bajo esto, las mujeres tienen mayor predisposición a detonar una dependencia emocional. Además de esto, el temperamento y la dotación genética también juegan un rol importante en su formación; así también, disfunciones en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos que pueden ser fruto de un ambiente hostil durante el desarrollo o por predisposición genética incide en la aparición y curso de la dependencia emocional. Cualquier factor biológico que facilite una desvinculación afectiva actuará en contra de la creación de la dependencia emocional.

En el cuarto grupo, el de factores socioculturales, se remarca que en la cultura occidental se le asigna un rol más individual al varón, con un cierto desarraigo afectivo; por su parte, la mujer tiene un papel más comprensivo con mayor tendencia a la empatía y cuidado. En las culturas más machistas, se espera que la mujer se someta a su marido de manera incondicional, y que esta ocupe un papel secundario.

6.4.2 Factores mantenedores

Se aborda la dependencia emocional como un conjunto de rasgos de personalidad que son disfuncionales, consistentes y estables a lo largo del tiempo. Por lo tanto, se hipotetiza que hay factores que alimentan dicho conjunto de rasgos (Castelló, 2005).

En primer lugar, la mayoría de los sujetos dependientes mantendrá carencias afectivas. En diversos casos, la dependencia emocional surge como sucesión de carencias afectivas a lo largo de la vida, desde edades tempranas hasta las carencias en relaciones de pareja.

En las pautas de interacción, está implicado la asistencia de terceras personas, que ocupan un papel determinado dentro de esas pautas. En dichas pautas, el dependiente actúa de manera complementaria hacia su objeto. Es así como en la interacción, no depende únicamente de la personalidad del dependiente, sino también de la otra persona y la relación que se tenga con esta. Puntualizando, las relaciones de pareja del dependiente merman su autoestima continuamente, lo que termina manteniendo y, a veces, aumentando la dependencia emocional.

Por último, las reacciones complementarias de las demás personas con las que el dependiente se cruce a lo largo de la vida. Debido a la baja autoestima, carencia de felicidad o

alegría, una imperante necesidad de adhesión, una escucha pasiva causada por la fijación del dependiente de referirse constantemente a su pareja; las relaciones más comunes con los demás serán de huida o de rechazo. Esto da como resultado que las relaciones con el resto de las personas no sean numerosas ni positivas como se puede esperar.

6.5 Teorías y modelos explicativos de la dependencia emocional

Frente a una amplia existencia de la dependencia emocional, se han desarrollado modelos y teorías que explican el origen y sus afectaciones a la vida del individuo, por ello se abordan los aportes teóricos de distintas ramas de la psicología.

6.5.1 Modelo explicativo

En su trabajo de investigación Barraca (2015) adopta el término de “Síndrome de Fortunata” para una modalidad de la dependencia emocional que se caracteriza en mujeres que desarrollan este tipo de dependencia hacia hombres casados. Describe varios patrones de comportamiento y actitudinales identificables. Dicho síndrome va limitando su desarrollo en la vida, obteniendo gratificación inmediata o a corto plazo solamente al estar con el hombre casado.

Por su parte, de la Villa-Moral et al. (2018) explican la dependencia emocional con aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y motivacionales. Definen a un dependiente emocional como una persona emocionalmente vulnerable, la cual carga consigo un conjunto de sentimientos negativos, tales como soledad, tristeza, abatimiento, desánimo, culpa, etc. Así mismo, una persona dependiente emocional es una persona sumisa, con un anhelo irresistible de estar con la otra persona, tendiendo a desarrollar autonegligencia y conflictos de la identidad.

6.5.2 Teoría de las relaciones objetales

En su análisis del concepto de dependencia emocional, Castelló (2000) citando a D.W. Winnicott postula que las relaciones objetales son reales. Desde esta perspectiva, la relación con la madre provee al infante de un ambiente “facilitador” donde ella desempeña el papel de “sostén”, entendiendo esto como agente de protección y afecto. También aborda desde “la psicología del self” un planteamiento etiológico donde los padres o las personas significativas para el niño fungen un papel importante en el desarrollo emocional de este. Los “objetos del self” (padres o personas significativas) deben ejecutar de manera adecuada sus funciones, de no hacerlo el niño no internaliza y no construye estructuras sanadas y cohesionadas.

Sumando a lo anterior, Del Castillo et al. (2015) comentan de la “falla básica” la cual se llega a experimentar cuando una persona importante para el individuo la defrauda, ya sea por un

cuidado deficiente, ansioso, sobre estimulado o incomprendido e indiferente. Esta misma falla, es el origen de inseguridad a la separación con los objetos, la cual es percibida como amenaza por una posible separación, o también inicia una tendencia a la separación de los objetos, ya que se interpreta como una forma de ser atrapado.

6.5.3 Teoría interpersonal

Esta hace referencia al conjunto de relaciones que el sujeto tienen con los demás. Desde las relaciones más importantes o significativas hasta las más superficiales con el resto de la gente. Aborda la situación actual de las relaciones del individuo, pero sobre todo la relación de pareja así sea actual o haya tenido una recientemente. Se analiza su comportamiento, actitudes y dinámicas utilizadas por ambos. En una persona con dependencia emocional, se estudia las relaciones con las demás personas significativas aparte de la pareja; su interacción con estas. Además, se examina las formas de desenvolverse con personas menos relevantes o significativas, incluido desconocidos (Castelló, 2005).

6.5.4 Teoría afectiva

Se centra en el estado anímico de la persona, en otras palabras, estudia los diferentes estados de ánimo ya sean positivos o negativos. Se destacan entre ellos la alegría, la tristeza, sorpresa o la colera; pero además de estos estados donde se experimenta una gran excitación emocional, el mayor punto de interés de este enfoque es el ánimo general del sujeto, aquello que realmente traza una línea en lo afectivo. El estado de ánimo de la persona caracteriza gran parte de su vida y la condicionan.

Se establece que los estados emocionales son resultado de la interacción entre las circunstancias del presente, la personalidad y los acontecimientos que desencadenan dichas reacciones, sin embargo, también la autoestima está estrechamente ligada al estado de ánimo en general. Así, aunque las circunstancias externas sean desalentadoras para el sujeto, y parcialmente su ánimo depende de estas, la relación que tiene consigo mismo va a determinar básicamente su sentir (Castelló, 2005).

6.5.5 Teoría Cognitiva Conductual

La teoría cognitiva estudia la racionalidad, pensamientos, creencias y opiniones de una persona. Cuando una persona se encuentra “afectada” hay distorsiones cognitivas, estas son pensamientos sobre acontecimientos específicos que no son del todo realistas; como resultado, hay un estado de ánimo negativo y sufrimiento (Castelló, 2005).

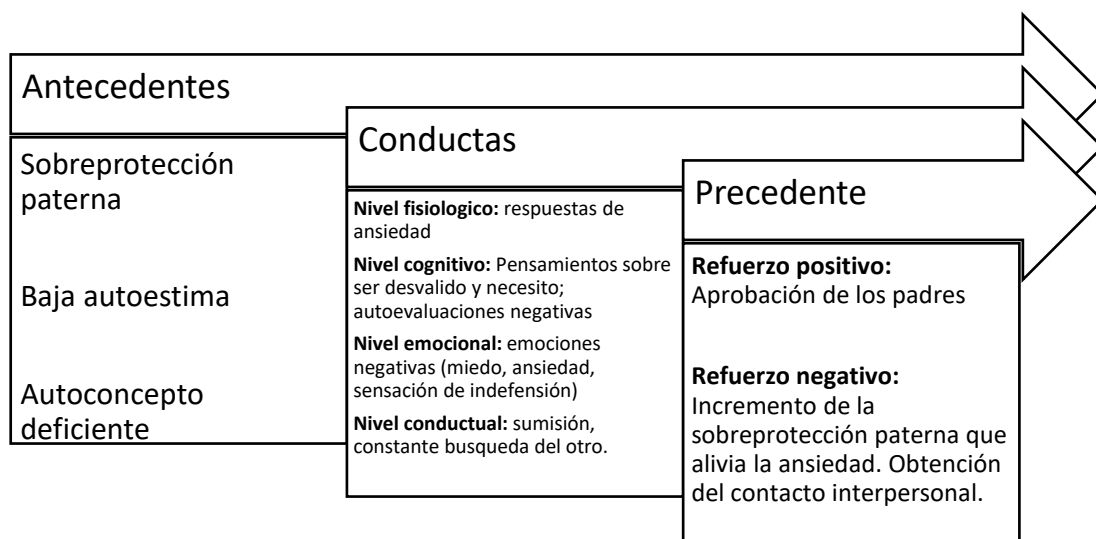
La dependencia emocional es definida como un conjunto de conductas, emociones y pensamientos que orientan al individuo a una búsqueda constante de la pareja. Anguita (2012) propone ciertas variables para que una persona sea dependiente emocional:

- Experiencias tempranas de apego inseguro
- Poca conciencia de su problema debido a negación y/o autoengaño
- Baja autoestima
- Pobre autoconcepto
- Miedo irracional a la soledad y ansiedad por la separación
- Dificultad para la regulación emocional
- Deficiencia en habilidades sociales
- Creencias erróneas sobre el amor romántico
- Distorsiones del pensamiento
- Incapacidad para resolver problemas

El individuo con dependencia emocional comienza una relación por los refuerzos positivos que se obtienen al estar con la otra persona; sin embargo, a medida que evoluciona la relación se mantiene con esta simplemente para obtener los refuerzos negativos que se le otorgan a corto plazo.

Figura 2

Dependencia emocional desde el modelo Cognitivo Conductual



6.6 Evaluación de la dependencia emocional

El objetivo de la evaluación de la dependencia emocional es explicar el comportamiento del sujeto, así como sus relaciones interpersonales con la familia, amigos y conocidos, pero, sobre todo, la relación con su pareja y consigo mismo/a. Para la evaluación de la dependencia emocional se han realizado y validado en el mundo diferentes instrumentos, a continuación, se dará mención solamente a algunos.

6.6.1 *Interpersonal Dependency Inventory*

El Inventario de Dependencia Interpersonal o *Interpersonal Dependency Inventory (IDI)* es un instrumento que consta de 48 ítems cuyo objetivo es evaluar la dependencia desadaptativa. El IDI contiene 3 factores derivados en subescalas: confianza emocional a los otros, falta en las habilidades sociales, y afirmación de autonomía (McClintock et al., 2017).

6.6.2 *Inventario de Dependencia Emocional – IDE*

El Inventario de Dependencia Emocional (IDE) está compuesto de 49 reactivos. Usando una escala tipo Likert con opciones que van desde “Nunca” hasta “Siempre”. Dentro de este instrumento contiene 7 factores o dimensiones: miedo a la ruptura, miedo a la soledad, prioridad a la pareja, necesidad de acceso a la pareja, deseos de exclusividad, subordinación y sumisión, y deseos de control (Aiquipa, 2012).

6.6.3 *Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100)*

El test autoaplicable TDS-100 está conformado de 100 ítems cuyo objetivo es diferenciar diferentes tipos de dependencia sentimental (relacional, afectiva, codependencia y bidependencia), a la vez que también muestra macrofactores sindrómicos y 23 factores sintomáticos en los que se encuentran búsqueda de sensaciones, sentimientos de soledad, vacío emocional, control y dominio, entre otras (Sirvent y Villa, 2007).

6.6.4 *Cuestionario de Dependencia Emocional*

El Cuestionario de Dependencia Emocional está conformado originalmente por 23 reactivos, los cuales fueron agrupados bajo seis dimensiones: ansiedad por separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite, y búsqueda de atención. Este instrumento fue diseñado y validado bajo el modelo cognitivo de Beck (Lemos y Londoño, 2006).

Fue adaptado a la población mexicana, quedando así con solamente 10 reactivos. Las dimensiones que se abarcan son: ansiedad por separación, expresiones límite y baja autoestima

(Méndez et al., 2012).

Con base a lo anterior, en el presente trabajo se tomarán las definiciones de depresión de Beck et al. (2010) que define a la depresión como un patrón de cogniciones distorsionadas sobre sí mismo, el futuro y su propio, así como patrones del comportamiento disfuncionales. Así como el instrumento de Escala de Depresión de Beck (BDI-II); y la definición de dependencia emocional de (Castelló, 2005) la cual es una necesidad excesiva de la pareja así como conductas sumisas, ideas repetitivas sobre el posible abandono de su pareja y un profundo miedo al abandono o a la soledad, esta variable será evaluada con el Cuestionario de Dependencia Emocional adaptado para la población mexicana por Méndez et al. (2012).

7. Método

7.1 Población y muestra

La muestra se constituye por población mexicana de distintas entidades de la república mexicana. Dentro de las características sociodemográficas se tomó en cuenta la edad, la cual fue a partir de los 18 años, de ambos sexos sin distinción de género.

Es de importancia señalar que el tipo de muestreo fue el no probabilístico, por conveniencia. Para el estudio participaron 240 personas voluntarias procedentes de todas las entidades federativas de la república mexicana. De igual modo, al revisar los criterios de inclusión y el llenado de los instrumentos se eliminaron candidatos, quedando así 178 personas.

7.2 Criterios de inclusión:

- Edad: Ser mayor de 18 años.
- Nacionalidad: mexicana
- Residir dentro del país
- Estar en una relación monogámica los últimos 3 meses
- Participar voluntariamente en el estudio

7.3 Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad
- No residir dentro del país en un periodo mayor a 3 meses
- No tener una relación de pareja actualmente
- Aceptar no participar en el estudio

7.4 Instrumentos

7.4.1 *Inventario de Depresión de Beck*

El BDI-II es un instrumento autoaplicable de 21 ítems donde el sujeto tiene que elegir de menor a mayor gravedad la frase que mejor describa su estado anímico las dos últimas semanas.

Esta herramienta cuenta con los antecesores de BDI en la primera versión y BDI-IA. Desarrollado por Beck, Steer y Braum, con la tarea principal de edición de contenido indica los criterios diagnósticos de depresión en el DSM-IV (Beck et al., 2010).

Al sumar el total obtenido de los ítems, hay una calificación que va del 0 al 63. Siendo 0 a 13 un cuadro depresivo mínimo, de 14 a 19 un cuadro depresivo leve, de 20 a 28 moderado y

mayor a 29 grave (Beck et al., 1987).

El instrumento fue validado para la población mexicana por González, Rodríguez y Reyes-Lagunes (2015)

7.4.2 Cuestionario de Dependencia Emocional

El Cuestionario de Dependencia Emocional está conformado originalmente por 23 reactivos, los cuales fueron agrupados bajo seis dimensiones: ansiedad por separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite, y búsqueda de atención. Este instrumento fue diseñado y validado bajo el modelo cognitivo de Beck (Lemos y Londoño, 2006).

Fue adaptado a la población mexicana, quedando así con solamente 10 reactivos. Las dimensiones que se abarcan son: ansiedad por separación y expresiones límite (Méndez et al., 2012).

7.5 Procedimiento

Inicialmente se abrió una convocatoria por medios digitales como Facebook, Twitter y WhatsApp. A continuación, se envió un enlace para responder un formulario en Google y cubrir los criterios de inclusión. El formulario informaba también acerca de la evaluación y se les proporcionaba un consentimiento informado.

7.6 Análisis de los datos estadísticos

Se realizó un análisis de normalidad de los datos obtenidos por el método por pares o Pairwise normality de Shapiro-Wilk. Para realizar las correlaciones, se llevó a cabo por medio del Coeficiente Rho de Spearman por medio del criterio de Cohen (2013) que categoriza como una correlación nula a valores de r dentro del rango de 0 a .10; débil de .10 a .30; moderada de .30 a .50 y fuerte de .50 a 1. Los análisis se realizaron utilizando el software de uso libre JASP en su versión 0.16.3.0.

RESULTADOS

8. Características de los participantes

La muestra final se conformó con 119 mujeres (66.85%) y 59 hombres (33.15%) con una edad promedio de 32.5 años, siendo la mínima 18 y la máxima 67. En mujeres la edad promedio fue de 34.5 años y en hombres siendo de 28.4 años. En la tabla 3 y 4 se muestran las características de los participantes.

Tabla 3

Porcentaje de la muestra por entidad federativa

<i>Entidad federativa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Puebla</i>	44	24.8
<i>Tabasco</i>	42	23.5
<i>Yucatán</i>	25	14.0
<i>Oaxaca</i>	19	10.7
<i>Otras entidades federativas</i>	48	27.0
<i>Total</i>	178	100

Tabla 4

Porcentaje de edad de la muestra

<i>G. E</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>18-24</i>	58	32.6
<i>25-30</i>	31	17.4
<i>31-35</i>	19	10.7
<i>36-40</i>	24	13.5
<i>41-45</i>	27	15.1
<i>>46</i>	19	10.7
<i>Total</i>	178	100

G. E: Grupos por edad

9. Pruebas de normalidad

En la tabla 5 se muestran los resultados de la prueba de normalidad con base al estadístico W de Shapiro-Wilk.

Tabla 5

Análisis de normalidad de estadísticos por medio de Shapiro-Wilk

<i>Variables</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>p</i>
<i>Dependencia Emocional - Depresión</i>	0.964	<.001

10. Datos estadísticos

Los datos descriptivos para las características clínicas se presentan en la tabla 4. Se examinaron la Moda, Mediana, Media y Desviación estándar de ambos grupos. En las tablas 6 y 7 se reportan los resultados de la comparación entre género de los instrumentos CDE y BDI-II por medio del estadístico t de *student*. Siendo el tamaño del efecto débil en ambas pruebas.

Tabla 6

Datos estadísticos de hombres y mujeres en CDE y BDI-II

	<i>CDE</i>		<i>Resultados</i>	<i>BDI-II</i>		<i>Resultados</i>
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	
<i>Número total</i>	119	59	N/A	119	59	N/A
<i>Moda</i>	16	21	Promedio	0	0	Depresión mínima
<i>Mediana</i>	17	20	Promedio	10	8	Depresión mínima
<i>Media</i>	17.504	19.407	Promedio	11.395	9.729	Depresión mínima
<i>Desviación estándar</i>	4.562	4.709	N/A	9.248	7.869	N/A

Tabla 7

Prueba T de hombres y mujeres en CDE

	<i>CDE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Mujeres</i>	Hombres	-1.768	58	0.082	-0.230

Tabla 8

Prueba T de hombres y mujeres en BDI-II

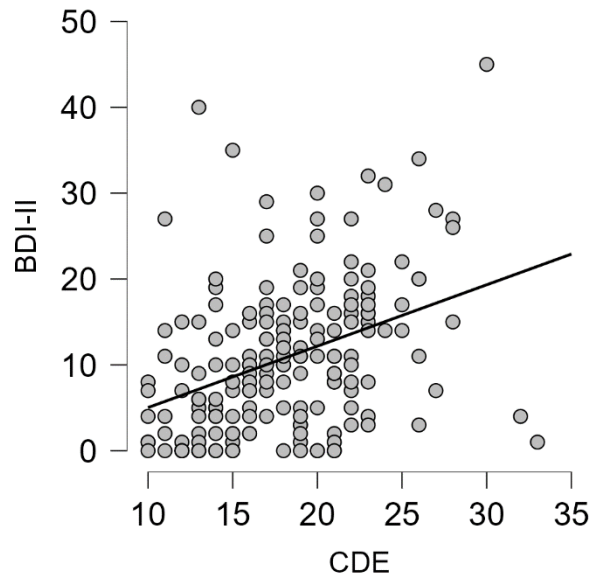
	<i>BDI-II</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Mujeres</i>	Hombres	1.614	58	0.112	0.210

11. Correlaciones entre el puntaje general de los instrumentos

Los análisis presentaron una correlación positiva con un tamaño de efecto moderado entre los puntajes totales de las escalas CDE y BDI-II ($r_s=0.411$, $p < 0.001$).

Figura 3

Gráfico de dispersión de BDI-II y CDE



Al separar por género, se observó consistencia tanto en mujeres ($r_s= 0.442$, $p < .001$) como en hombres ($r_s= 0.413$, $p < .001$).

Figura 4

Gráfico de dispersión de CDE y BDI-II en mujeres

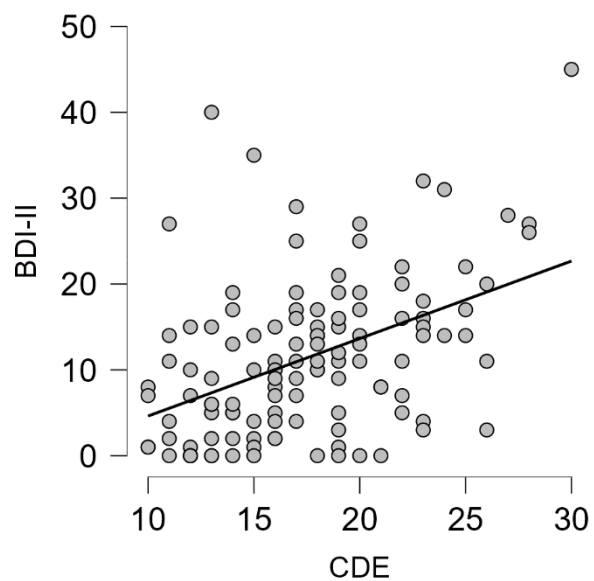
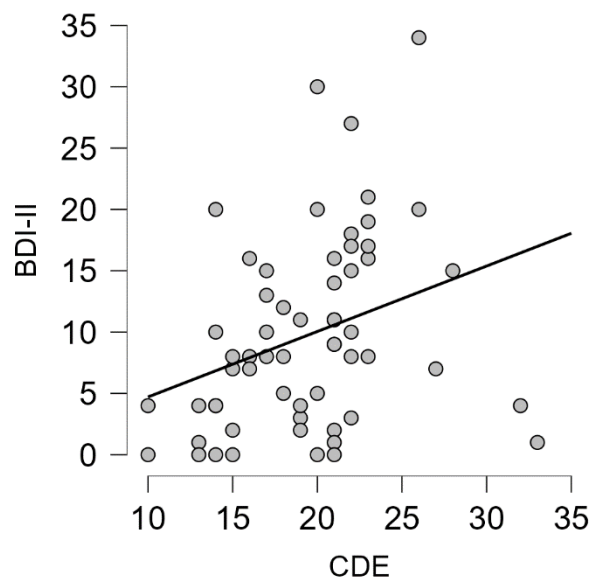


Figura 5

Gráfico de dispersión de CDE y BDI-II en hombres



12. Correlación entre la dimensión de Ansiedad por separación (CDE) y BDI-II

En relación con las subescalas se presentó una correlación positiva moderada entre los puntajes de la dimensión Ansiedad por separación y el puntaje total del BDI-II ($r_s=0.401$, $p < .001$). Las correlaciones fueron consistentes tanto en hombres ($r_s=0.365$, $p = 0.004$), como en mujeres ($r_s=0.436$, $p < .001$).

Figura 6

Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II

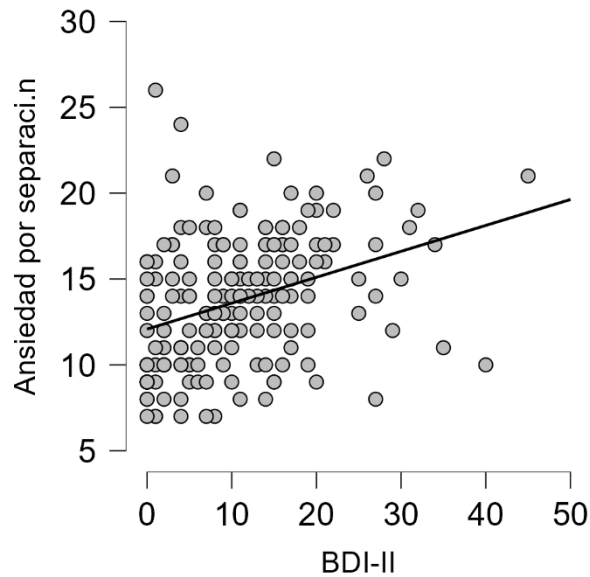


Figura 7

Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II en hombres

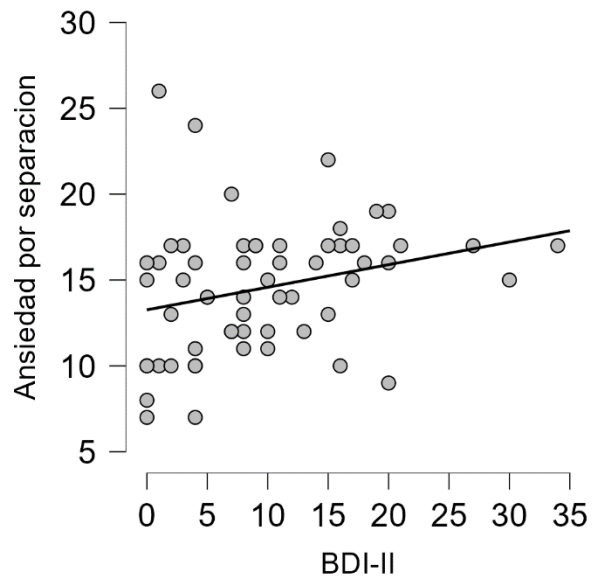
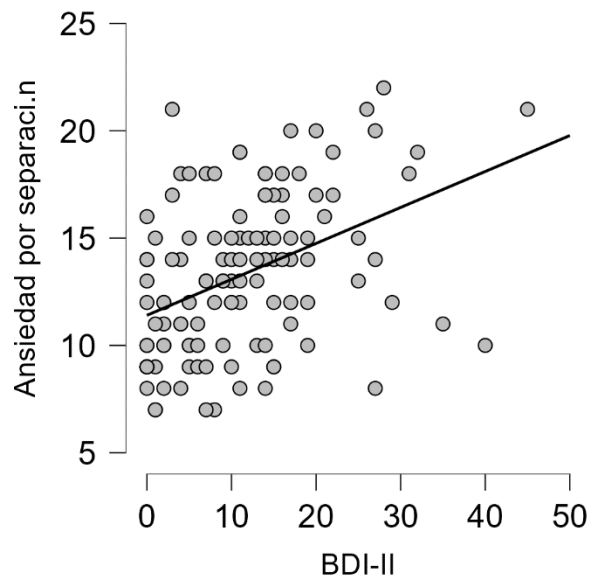


Figura 8

Gráfico de dispersión de Ansiedad por separación y BDI-II en mujeres



13. Correlación entre la dimensión Expresiones Límite (CDE) y BDI-II

También hubo una correlación positiva entre los puntajes de Expresiones límite y el puntaje total del BDI-II en la población general, aunque la correlación fue débil ($r_s=0.291$, $p < .001$).

Al separar por sexo las correlaciones fueron consistentes, tanto para hombres ($r_s=0.264$, $p=0.043$,) como para mujeres ($r_s=.0.330$, $p < .001$), siendo moderada la correlación para ellas.

Figura 9

Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II

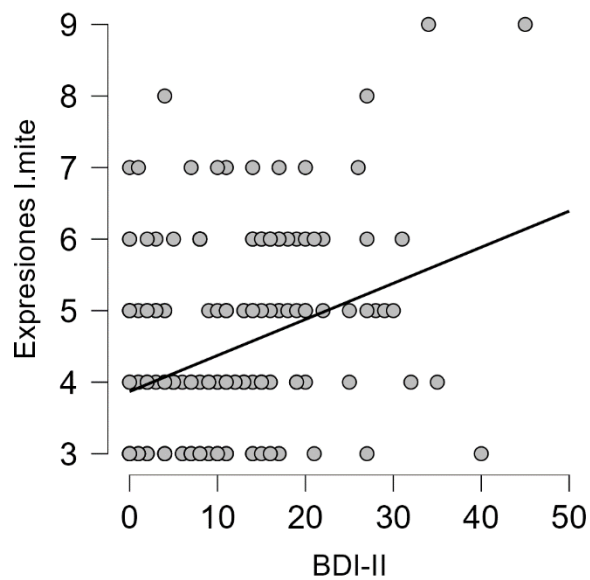


Figura 10

Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II en hombres

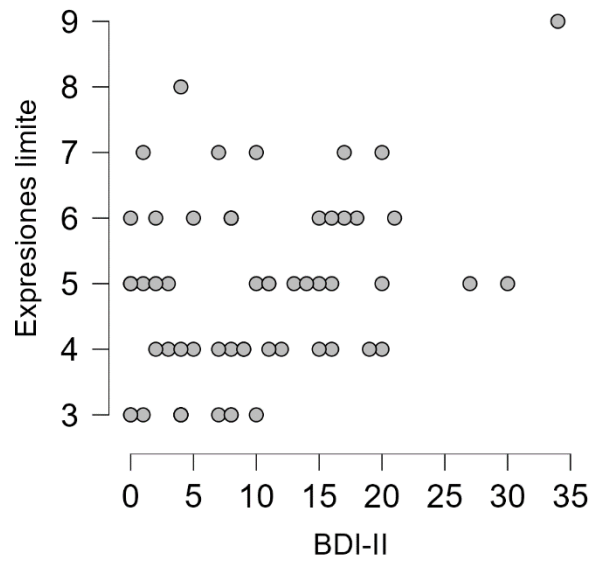
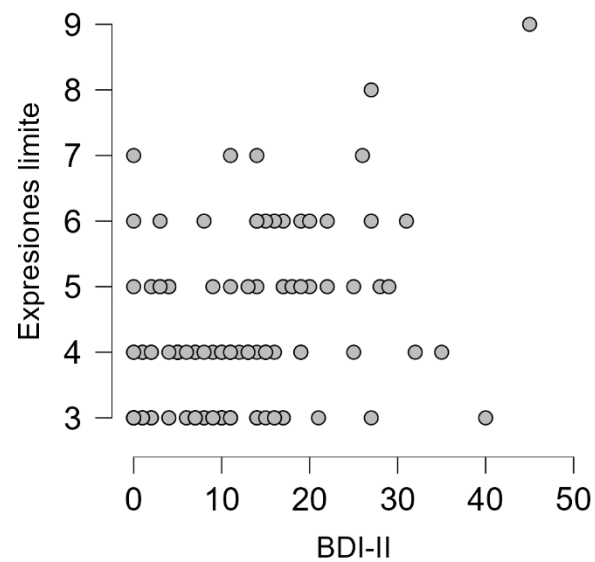


Figura 11

Gráfico de dispersión de Expresiones límite y BDI-II en mujeres



14. Correlación entre los instrumentos y la edad

Se encontró que el grupo de 25 a 30 años tuvo una correlación positiva fuerte entre los puntajes totales del CDE y el BDI-II ($r_s=0.640$, $p <.001$), mientras que las otras edades mostraron correlaciones nulas o débiles. Ver tabla 9.

Tabla 9

Correlación entre las puntuaciones de los instrumentos por grupo de edad

<i>G.E</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>T.E</i>
18-24	0.275	0.037	Débil
25-30	0.640	<.001	Fuerte
31-35	0.268	0.268	Débil
36-40	0.463	0.023	Moderado
41-45	0.078	0.700	Nulo
>46	0.452	0.052	Moderado

G.E: Grupo de edad; rs: Coeficiente de correlación de Spearman; TE: Tamaño del efecto

15. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

En relación con el instrumento de depresión, se halló una correlación negativa débil entre la edad y los puntajes totales del BDI-II ($r_s = -0.290$, $p < .001$).

La correlación por género mostró un resultado moderado tanto en hombres ($r_s = -0.353$, $p = 0.006$) como en mujeres ($r_s = -0.300$, $p < .001$).

Figura 12

Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en la población general

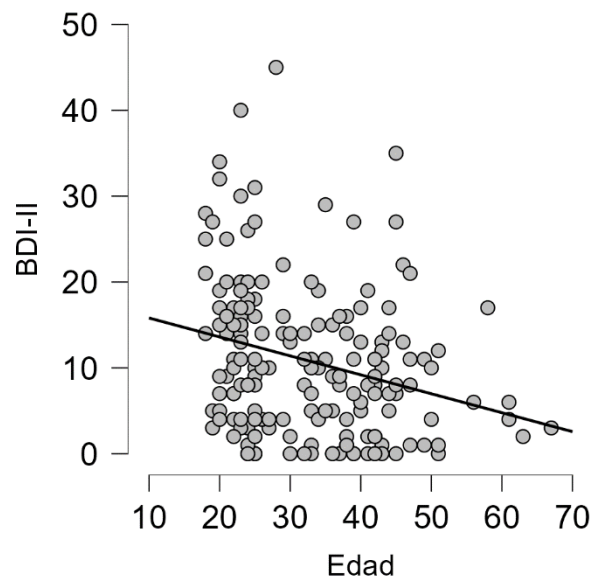


Figura 13

Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en hombres

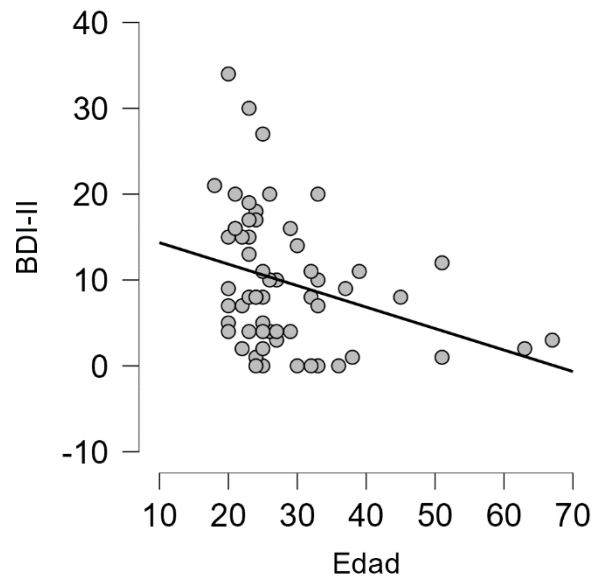
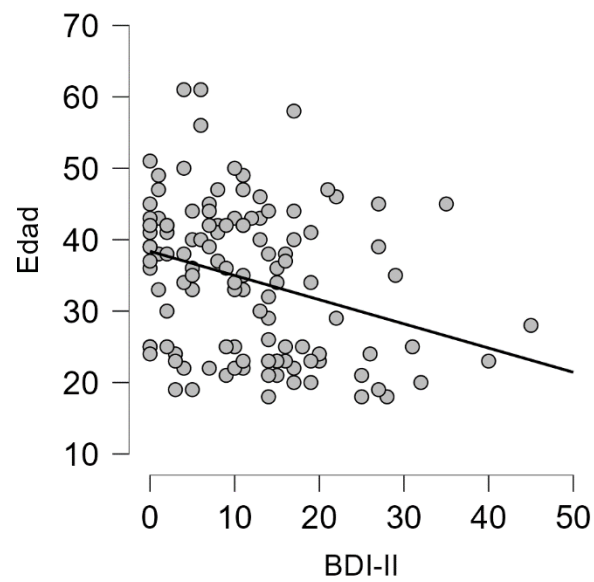


Figura 14

Gráfico de dispersión de BDI-II y Edad en mujeres



16. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)

Respecto al instrumento de dependencia emocional, se encontró una correlación moderada negativa entre edad de la población general y las puntuaciones totales del CDE ($r_s = -0.348$, $p < .001$).

La correlación por género mostró un resultado débil para los hombres ($r_s = -0.236$, $p = 0.071$); y moderado en mujeres ($r_s = -0.339$, $p < .001$).

Figura 15

Gráfico de dispersión de CDE y edad en la población general

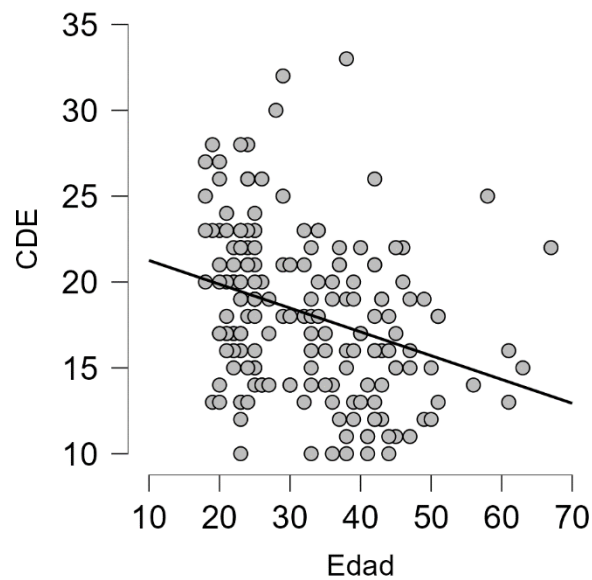


Figura 16

Gráfico de dispersión de CDE y edad en hombres

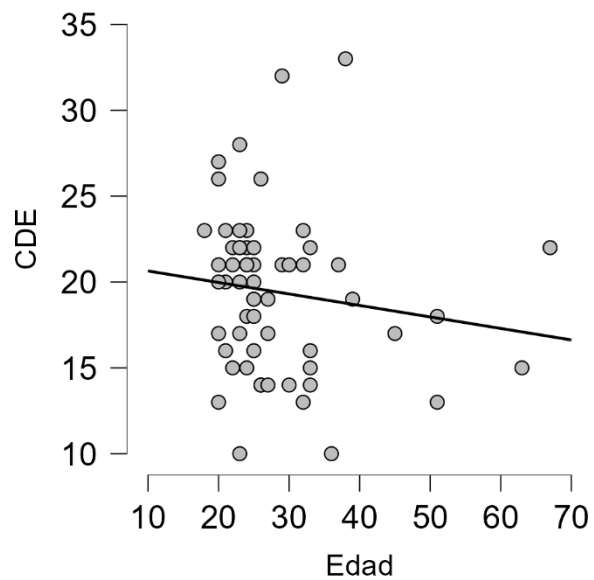
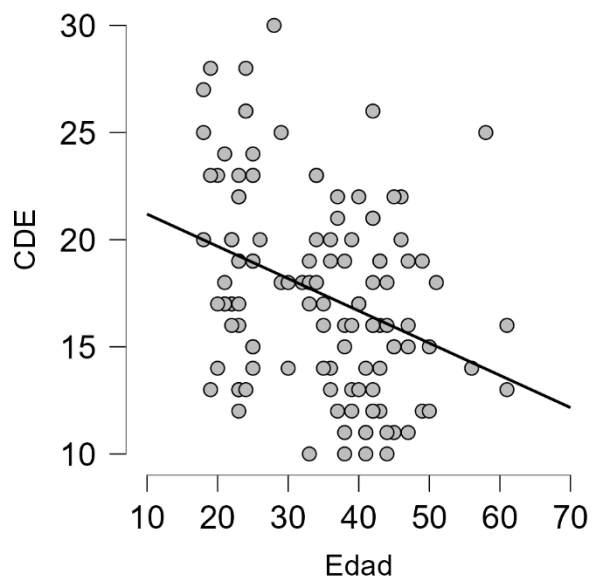


Figura 17

Gráfico de dispersión de CDE y edad en mujeres



17. Discusión

El objetivo de la actual investigación fue conocer la relación que existe entre la dependencia emocional y la depresión en la población mexicana que estuviera en una relación de pareja monogámica.

La dependencia emocional es un patrón de demandas afectivas constantes que buscan satisfacerse por medio de la pareja o ser amado. El individuo dependiente tiene miedo constante al abandono y a ser dejado en una situación de soledad. Cuando el dependiente emocional no logra satisfacer sus necesidades de afecto llega a generar un modelo de pensamientos depresivos y de autocrítica lo cual pueden desembocar en un suicidio si no es atendido a tiempo.

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró una relación positiva entre los puntajes de dependencia emocional y depresión, sin importar el sexo ni la edad. Es decir que, entre mayores puntajes de dependencia emocional hay mayores puntajes de depresión. Lo anterior coincide con los resultados encontrados por estudios previos, tales como el de Pradera (2018) donde se utilizó la Escala de Dependencia Emocional (ACCA) y el BDI-II en población penitenciaria; el de Arcaya (2021) donde se utilizaron el CDE y el BDI-II; y el de Arregocés et al. (2019), la cual fue investigación documental, sistemática de corte narrativo, donde se concluye que la persona que sufre depresión tiende a convertirse en un dependiente emocional. Los hallazgos en el actual estudio sugieren que la relación entre las variables dependencia emocional y depresión es consistente e independiente de los instrumentos que se han utilizado para su medición.

Asimismo, los resultados mostraron que esta relación aplica para ambos sexos siendo consistente con el resultado de la población general.

Dentro del CDE se encuentran dos factores, el factor ansiedad por separación que se entiende como las respuestas emocionales tales como miedo, ansiedad y angustia ante una posible ruptura de la relación. Y el factor de expresiones límite el cual describe aquellas actitudes y conductas que preceden a los impulsos de autoagresión. Este patrón de comportamiento en un dependiente emocional que es visto como una estrategia para prologar la relación y evitar la ruptura.

En el presente estudio se halló que la relación entre la ansiedad por separación y la depresión en la población general presenta un tamaño de efecto moderado ($rs=0.401$) siendo mayor en las mujeres que en hombres. Esto es congruente con lo hallado por Lescano y Salazar

(2020) donde las mujeres presentaron una relación significativa en ambas variables verificando que las personas que padecen ansiedad son más propensas a incurrir en trastornos depresivos. Además, es consistente con lo obtenido por Arcaya (2021) quien menciona que a mayor distanciamiento se tenga de la pareja más grande será la depresión o el miedo a sentirse en soledad.

Por su parte, en el factor de expresiones límite tanto la población general como los hombres presentaron un tamaño de efecto débil, siendo moderado en mujeres ($rs=0.330$), estos hallazgos coinciden de forma parcial con los de Bornstein y O'Neill (2000) donde este factor de comportamiento dentro de la dependencia emocional y la tendencia suicida en la depresión consigue puntuaciones modestas, habiendo mejores predictores para las mismas.

En relación con la edad y las variables del estudio, se halló una relación positiva fuerte dentro del grupo de edad de 25 a 30 años mientras que el resto de los grupos de edad presentan relaciones moderadas a nulas. Los datos no dan un resultado contundente de la asociación de las variables y la edad ya que los coeficientes son débiles, se necesitan realizar estudios similares a futuro que permitan confirmar, y en su caso, generalizar a la población dichos resultados.

Por otro lado, se analizó la relación que existe entre los puntajes del instrumento para la depresión con la edad. Dicho hallazgo revela que en la población general la relación de ambas es negativa con efecto débil, por lo que se podrán presenciar menores puntuaciones de depresión a mayor edad de la muestra. Esto concuerda parcialmente por lo propuesto por Veytia et al. (2012) donde los jóvenes adolescentes presentan mayores puntuaciones de depresión debido a factores sociales y biológicos propios de la edad. A la vez, se realizó la relación de la puntuación de depresión y la edad tomando como factor el sexo, tanto en hombres como en mujeres el resultado fue negativo con efecto moderado y sin diferencia significativa, por lo cual se espera que a mayor edad menor porcentaje de puntuaciones de depresión.

Por último, en el análisis de la relación de las variables dependencia emocional con la edad los resultados mostraron una relación negativa moderada, lo cual indica que a mayor edad habrá menores puntuaciones de dependencia emocional concordando con la afirmación de Rusby et al. (2013). Esto puede ser explicado a través de un número de cambios que ocurren a lo largo de la vida útil de las personas, estos mismos pueden ser de naturaleza epigenética, así como los que dependen de una perspectiva emocional, de apego y/o motivacional en la vejez.

En cuanto a la dependencia emocional y la edad tomando en cuenta el sexo, el grupo femenino demostró menores puntuaciones de dependencia a mayor edad, en cambio, en los hombres las puntuaciones de dependencia emocional en una edad adulta no serán muy distintas a la de la población joven. Esto último coincide con lo encontrado por Pradera (2018) donde los varones mostraron un mayor porcentaje de casos de dependencia emocional, respecto a las mujeres.

18. Conclusiones

Conforme a los resultados de la presente tesis, se encontró que, a mayores puntajes de depresión, mayores puntajes de dependencia emocional en la población mexicana. De igual manera, estas dos variables no tienden a diferir significativamente tanto en hombres como en mujeres.

En lo que respecta a la dimensión “ansiedad por separación” y la depresión, se encontró una relación positiva con efecto moderado en la población general, destacando que la correlación es mayor en mujeres que hombres.

De igual forma, en la dimensión “expresiones límite” y la depresión se halló una relación positiva con un efecto débil en la población en general destacando a las mujeres con un efecto moderado. De este modo, las actitudes y conductas que desembocan en autoagresiones muestran una relación con la depresión y podrían interpretarse como una maniobra para prolongar por más tiempo la relación y así evitar la ruptura.

En cuanto a la edad, el grupo de 25 a 30 años (17.4% de la muestra) mostró una correlación más fuerte entre la depresión y la dependencia emocional que las otras edades.

Las puntuaciones de depresión en la población mexicana tienden a disminuir mientras mayor sea la edad. Sin ninguna diferencia tanto en hombres como en mujeres.

Por último, en las puntuaciones de dependencia emocional, la población mexicana se halló que las mismas tienden a disminuir conforme mayor sea la edad. Dichos cambios son más marcadas en mujeres que hombres.

19. Limitaciones

Algunas de las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que impide la generalización de los resultados. En ese sentido, la edad de los participantes varía de los 18 a los 67 años, por lo cual se encuentran en diferentes etapas del desarrollo.

Al momento de tener en cuenta la población, se debe considerar que no se evaluó la deseabilidad social, así como otras variables sociodemográficas, como el tipo de relación

(noviazgo, pareja, cónyuges, etc.), si son o no pertenecientes a la comunidad LGBT+ y escolaridad.

Al ser un estudio exploratorio, los hallazgos obtenidos deben ser tomados con cautela, asimismo sería importante que futuras investigaciones correlacionen las variables abordadas.

20. Referencias

- Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia emocional - IDE. *Revista de Investigación En Psicología*, 15(1), 133–145.
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3673/2946>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596>
- Anguita, A. (2012). Propuesta de intervención para la dependencia emocional, superación de la dependencia tras la ruptura de la pareja. *Universidad Autonoma de Madrid, Facultad de Psicologia, Departamento de Psicología Biológica y de La Salud*, 60.
https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/680162/anguita_corbo_alba_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arcaya, F. B. (2021). *Dependencia emocional y depresión en estudiantes de una universidad privada en la ciudad de Trujillo*.
- Arregocés, L. K., Brito, L. K. y Pumarejo, K. M. (2019). Depresión y dependencia emocional en adolescentes y jóvenes: una revisión de literatura actual. *Aguilera, R.(2014).Revisión Sistemática, Revisión Narrativa o Metaanálisis?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Online]. 2014, Vol.21, n.6 Pp.359-360. Disponible En: Http://Scielo.Isciii.Es/Scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S1134. https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13051*
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la asociación de psicoterapia de la república argentina. Vol, 2*.
- Barraca, J. (2015). Una forma de dependencia emocional: el “síndrome de fortunata. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 145–152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77839628008>
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19a Edición ed.)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1987). *Beck depression inventory*. Harcourt Brace Jovanovich New York:
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 2(2), 183–197.
- Bonilla, D. M. J., Vargas, R. J. T. y Sánchez, M. B. J. (2020). La dependencia emocional y su influencia en la depresión por ruptura amorosa. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 5(1), 736–749.

- Borja-Delgado, C. A., Ruilova-Mera, E. C., Garcia-Intriago, D. M., Sanchez-Sanchez, S. A., Guevara-Suárez, K. E. y Morales-Tipan, A. P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo Del Conocimiento*, 4(2), 165. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.900>
- Bornstein, R. F. y O'Neill, R. M. (2000). Dependency and suicidality in psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 463–473.
- Camacho, J. (2010). *Fidelidad e infidelidad en las relaciones de pareja: Nuevas respuestas a viejos interrogantes*. 4–191. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo42.pdf>
- Carrobes, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2nd ed.). Pirámide.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: Características y tratamiento*. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/57133003/Dependencia_emocional_caracteristicas_y_tratamiento_Castellon.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DDependencia_emocional_Caracteristicas_y.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, 5(8).
- Castillo, E. G. (2017). Vista de Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista paian*, 36–62. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Congost, S. (2011). *Manual de dependencia emocional afectiva*. www.silviacongost.com
- de la Villa-Moral, M., Sirvent, C., Ovejero, A., Cuetos, G., de la Villa-Moral, M., Sirvent, C., Ovejero, A. y Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica*, 36(3), 156–166. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000300156>
- Del Castillo, A., Hernández, M. E., Romero, A. y Iglesias, S. (2015). Violencia en el noviazgo y su relación con la dependencia emocional pasiva en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 5(1), 8–18. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v5i1.248>
- Díaz, L., Torres Lio-Coo, V., Urrutia Zerquera, E., Moreno Puebla, R., Font Darías, I. y Cardona Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3), 0.

- Dubovsky, S. L. (1990). Understanding and treating depression in anxious patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Estramiana, J. L. Á., Luque, A. G. y Gallo, I. S. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333–348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- Fundacion MF. (2017). *Cuestionario para Depresión (PHQ9)*. https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3226
- González-Forteza, C., de la Torre, A. E. H., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R. y Wagner, F. A. (2015). Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- González, D. A., Rodríguez, A. R. y Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- Guzmán, M., Contreras, P., Guzmán González, M. y Garay, P. C. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69–82. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton rating scale for depression. In *Assessment of depression* (pp. 143–152). Springer.
- Islas, A. I., Romero, A., Rivera, S. y Del Castillo, A. (2020). Depresión, estilos de apego y elección de pareja en adolescentes y jóvenes de Pachuca, Hidalgo. *Psicología Iberoamericana*, 25(1), 41–48. <https://doi.org/10.48102/pi.v25i1.95>
- Lemos, M. y Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127–140.
- Lescano, G. S. y Salazar, V. D. R. (2020a). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Delectus*, 3(3), 1–13. <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>
- Lescano, G. S. y Salazar, V. del R. (2020b). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Delectus*, 3(3), 1–13. <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>
- Loas, G., Verrier, A., Gayant, C. y Guelfi, J. D. (1998). Depression and dependency: distinct or overlapping constructs? *Journal of Affective Disorders*, 47(1–3), 81–85.

- [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00121-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00121-3)
- Lugo, S. G., Domínguez, A. P. y Gaxiola Romero, J. C. (2018). Adolescent depression: Risk factors and social support as a protective factor. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1–11. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY17-3.DAFR>
- Machado, A. V. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed*, 20(3), 586–602.
- McClintock, A. S., McCarrick, S. M., Anderson, T., Himawan, L. y Hirschfeld, R. (2017). Development and Validation of a Six-Item Version of the Interpersonal Dependency Inventory. *Assessment*, 24(3), 360–370. <https://doi.org/10.1177/1073191115605178>
- Méndez, A., Favila, M., Valencia, A. y Díaz, R. (2012). Adaptación y propiedades psicométricas del cuestionario de dependencia emocional pasiva en una muestra mexicana. *Uaricha Revista de Psicología*, 9(19), 113–128. http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp
- Montes, C. (2004). *La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja* Title *Depression and its Etiology: A Complex Pathology*.
- Moral, M. de la V. y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150–167.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles Del Psicologo*, 31(1), 108–121. <http://www.cop.es/papeles>
- Nuns, N. y Loas, G. (2005). Interpersonal dependency in suicide attempters. *Psychopathology*, 38(3), 140–143.
- Organización Mundial de la salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C.,

- Salgado-Burgos, H., Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73–98. <https://doi.org/10.32776/REVBIOMED.V28I2.557>
- Pradera, E. A. (2018). “Depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de lima metropolitana” [Universidad Autónoma del Perú]. In *Universidad Autónoma del Perú*. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/623>
- Rehm, L. P. (1990). *Cognitive and Behavioral Theories of Depression*. International Psychotherapy Institute. <https://www.taylorfrancis.com/books/9781317358138/chapters/10.4324/9781315667447-9>
- Rodríguez de Medina Quevedo, I. (2013). *La dependencia emocional en las relaciones interpersonales*.
- Román, I. (2011). La dependencia emocional en la depresión. *Psychological Science*, Vol.1, 69.
- Ruiz Flores, L. G., Colín Piana, R. F., Corlay Noriega, I. S.-Y., Lara Muñoz, M. del C., Dueñas Tentori, H. J., Ruiz Flores, L. G., Colín Piana, R. F., Corlay Noriega, I. S.-Y., Lara Muñoz, M. del C. y Dueñas Tentori, H. J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25–32. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rusby, J. S. M., Harris, J. M. y Tasker, F. (2013). Female interpersonal dependency: genetic and environmental components and its relationship to depression as a function of age. *Aging & Mental Health*, 17(8), 1044–1051.
- Sanathara, V. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2003). Interpersonal dependence and major depression: Aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine*, 33(5), 927–931. <https://doi.org/10.1017/S0033291703007542>
- Sánchez, A. S. (2019). Dependencia emocional y depresión en adultos atendidos en un centro de psicoterapia de parejas en Lima Norte, 2018. *Universidad Peruana Unión*. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3242>
- Sirvent, C. y Villa, M. (2007). Presentación del TDS-100, test de dependencias sentimentales de Sirvent y Moral. *8º Congreso Virtual de Psiquiatría*, 1–27.

- Urbiola, I., Estévez, A. y Iraurgi, I. (2014). Dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes (DEN): Desarrollo y validación de un instrumento. *Ansiedad y Estrés*, 20(2-3), 101-114.
https://www.researchgate.net/publication/270048185_Dependencia_Emocional_en_el_Noviazgo_de_Jovenes_y_Adolescentes_DEN_Development_and_validation_of_an_instrument
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarizaga, I. y Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2016.11.003>
- Vázquez, C. (2014). La depresión y su abordaje desde un encuadre psicoanalítico. *Sifp.Psico.Edu.Uy*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5391>
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos, y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Vega, D. Q. (2018). *Etiología y diagnóstico clínico de la depresión en adolescentes*. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12588>
- Veytia, M., González, N. I., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Ment*, 35(1), 37-43.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006
- Williams, J. B. W. y Kobak, K. A. (2008). Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (SIGMA). *British Journal of Psychiatry*, 192(1), 52-58. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.032532>
- Zandío, M., Ferrín, M. y Cuesta, M. J. (2002). Neurobiología de la depresión. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, ISSN 1137-6627, Vol. 25, Nº. Extra 3, 2002 (Ejemplar Dedicado a: Trastornos Depresivos), Págs. 43-62, 25(3), 43-62.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6857872&info=resumen&idioma=ENG>

ANEXOS

Consentimiento informado

El presente trabajo está respaldado por la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

En este sentido, te pedimos que colabores contestando 2 breves cuestionarios. No obstante, te recordamos que tu participación es voluntaria.

Por otro lado, te informamos que tus respuestas serán anónimas y confidenciales; los datos obtenidos se mantendrán confidenciales y se utilizarán dentro de los límites legales y éticos y su manejo será estrictamente científico.

En cumplimiento de la legislación mexicana vigente, así como de las normas éticas de la investigación en Psicología, debemos solicitar tu consentimiento de participación.

“Después de haber leído la naturaleza, objetivo y beneficios de esta investigación, estoy consciente que mi participación es voluntaria y anónima, así como del carácter confidencial de los datos obtenidos. Por lo que acepto libre y voluntariamente contestar los dos cuestionarios. Si tengo alguna duda sobre el proceso, los investigadores responsables del estudio podrán aclarar mis dudas.”

Responsables del estudio:

Dr. Eduardo Salvador Martínez Velázquez. Correo: eduardo.martinezvel@correo.buap.mx

Contacto: José Rodolfo Díaz Martínez. Correo: jose.diazma@alumno.buap.mx

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Cuestionario de Dependencia Emocional en una muestra mexicana
Méndez, A. Favila, M., Valencia, A. & Díaz-Loving (2010)

Edad: _____

Sexo: M ____ F ____

Escolaridad: Primaria ____ Secundaria ____ Bachillerato ____

Licenciatura ____ Posgrado ____

Pareja Actual: Si ____ No ____

Estado Civil: Soltero (a) ____ Casado (a) ____ Divorciado (a) ____ Viudo (a) ____

Unión Libre ____ Separado (a) ____

Ocupación: Estudiante ____ Trabajador(a) ____ Estudiante/Trabajador(a) ____

Desempleado(a) ____ Hogar ____ Hogar/Trabajador(a) ____

Instrucciones:

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe a usted. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto. Para contestar a cada afirmación se presentan las siguientes opciones de respuesta, elija sólo una respuesta por cada pregunta y ponga una X en la opción que eligió.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Me divierto sólo cuando estoy con mi pareja	1	2	3	4
2. Si mi pareja me propone un programa deo todas las actividades que tenga para estar con ella	1	2	3	4
3. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella	1	2	3	4
4. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío	1	2	3	4
5. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro	1	2	3	4

6. Me he hecho daño físicamente con la intención que mi pareja no me abandone o que regrese a mi lado	1	2	3	4
7. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja	1	2	3	4
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1	2	3	4
9. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado	1	2	3	4
10. No tolero la soledad	1	2	3	4