



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**“RASTREANDO EL ORIGEN, DESARROLLO E
INTERACCIÓN DE LOS ADICTOS AL AMOR”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
BLANCA ESTELA RETANA FRANCO

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: **DRA. ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN**

COMITÉ: **DR. ROLANDO DÍAZ LOVING**

DR. OSCAR PRÓSPERO GARCÍA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

MÉXICO, D.F.,

2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



PARA MÍ,
LA COSA MÁS IMPORTANTE EN ESTE MUNDO NO ES DÓNDE NOS ENCONTRAMOS
SINO EL RUMBO AL QUE NOS DIRIGIMOS.
PARA LLEGAR AL PUERTO DEL PARAÍSO A VECES TENEMOS QUE NAVEGAR A FAVOR
DEL VIENTO Y A VECES EN CONTRA,
PERO DEBEMOS NAVEGAR Y NO IR A LA DERIVA Y TAMPOCO ESTAR ANCLADOS.

OLIVER WENDELL HOLMES, JR.





AGRADECIMIENTOS

ESTA ES UNA EMPRESA QUE COMENZÓ HACE YA CUATRO AÑOS; LA IDEA INCUBO, CRECIÓ Y FLORECIÓ GRACIAS AL APOYO DE MUCHAS PERSONAS QUE ESTUVIERON EN MÍ CAMINO: LEYENDO, OPINANDO, CORRIENDO, TENIÉNDOME PACIENCIA.

Y AGRADEZCO INFINITAMENTE POR ACOMPAÑARME EN MIS MOMENTOS DE CRISIS, POR DARMERME ÁNIMOS Y POR BRINDARME MARAVILLOSOS MOMENTOS DE FELICIDAD.

ESTA TESIS ESTÁ DEDICADA A USTEDES QUE SON PARTE IMPORTANTE DE MI VIDA.

AGRADEZCO A DIOS,

A ESA FUERZA SUPERIOR E INFINITA PRESENTE EN CADA UNA DE MIS DECISIONES,
POR PONERME EN EL CAMINO CORRECTO,
POR QUITARME COSAS VALIOSAS PARA ENSEÑARME A VALORAR LO QUE ME QUEDA,
POR BRINDARME NUEVAS Y MARAVILLOSAS ILUSIONES.

AGRADEZCO A MI UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,

POR SER MI CASA DE ESTUDIOS,
POR PROPORCIONARME IDENTIDAD,
POR DARMERME LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA LLEGAR HASTA ESTE PUNTO CULMINANTE DE MIS ESTUDIOS,
POR BRINDARME MI CORAZÓN AZUL Y MI PIEL DORADA,
POR ESO Y POR MUCHO MÁS, SOLO QUEDA DECIR:
**¡GOOYA, GOOYA! CACHÚN, CACHÚN, RA, RA, CACHÚN, CACHÚN, RA, RA. GOOYA...
¡UNIVERSIDAD!**

AGRADEZCO A MI MODESTITA,

POR SER LA MUJER MÁS IMPORTANTE EN MI VIDA
POR SER UN SÚPER HÉROE,
POR SER UN EJEMPLO DE LUCHA Y PERSEVERANCIA,
POR SER LA LUZ Y EL MOTOR DE LO QUE HAGO,
POR EL AMOR, EL APOYO Y LOS CONSEJOS,
GRACIAS MAMI! TE AMO.





AGRADEZCO A MODESTO,

POR ENSEÑARME A QUE NO NECESITAS MUCHO PARA SER FELIZ,
POR MOSTRARME QUE EL AMOR MUEVE MONTAÑAS,
POR SER EJEMPLO DE SUPERACIÓN,
POR HABER FORJADO CON TU PARTIDA LA FORTALEZA DE MI ALMA.
PAPI AUNQUE SÉ QUE LA VIDA NO NOS DIO MUCHO TIEMPO JUNTOS, FUE SUFICIENTE PARA AMARTE.
TE EXTRAÑO Y SÉ QUE ALGÚN DÍA VOLVEREMOS A ESTAR JUNTOS.

AGRADEZCO A GABRIELA,

POR SER MÍ HERMANA MAYOR,
POR SER EJEMPLO DE PACIENCIA,
POR ACOMPAÑARME EN EL CAMINO,
POR REGALARME A TRES MARAVILLOSAS ALEGRÍAS.

AGRADEZCO A ARMANDO,

POR SER MÍ HERMANO MAYOR,
PERO SOBRE TODO SER MI AMIGO Y CÓMPLICE,
POR TODOS ESOS CAMINOS QUE HEMOS RECORRIDO JUNTOS,
POR SER MI VOZ, CUANDO YO NO QUERÍA HABLAR,
POR SER MÍ SOPORTE.

AGRADEZCO A RODOLFO,

POR SER MÍ HERMANO CASI GEMELO,
POR PARECERNOS TANTO SIN QUERERLO,
POR QUÉ LE GUSTA EL NARANJA (JAJAJA),
POR LA RISA SIN SENTIDO,
POR LUCHAR PARA SEGUIR AQUÍ,
POR SER SIMPLEMENTE COMO ERES.

AGRADEZCO A RAFITA,

POR SER MI PRIMER SOBRINO,
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE CRIARTE,
POR LA FORMA EN QUE NOS LLEVAMOS Y NOS DIVERTIMOS,
POR SER UNA EXTENSIÓN MARAVILLOSA DE TU MAMI.

AGRADEZCO A MONY,

POR SER COMO MI HIJA,
POR PARECERTE TANTO A MÍ,
POR COMPARTIR RISAS Y ESTUDIOS,
POR LA CERCANÍA Y LA CONFIANZA.





AGRADEZCO A CARLITOS,
POR SER MI NIÑO MENOR,
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE PROBAR MI PACIENCIA,
POR LOS BUENOS MOMENTOS JUNTOS.

AGRADEZCO A RAFA,
POR COMPARTIR CONMIGO EL VOLANTE,
POR AYUDARME EN TODOS ESOS MOMENTOS INCOMODOS,
POR SER PARTE IMPORTANTE DE LA FAMILIA,
POR QUERER Y CUIDAR A MI HERMANA Y MIS TRES TESOROS.

AGRADEZCO A ROZZANA,
POR SER MÍ TUTORA,
POR SER MÍ GUÍA Y APOYO,
POR AYUDARME A DESCUBRIR MI VOCACIÓN,
POR SER MI MENTORA EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL,
POR SER MI AMIGA Y CÓMPlice,
POR SER ORUGA,
POR ABRIRME LOS BRAZOS Y SU CORAZÓN,
POR AYUDARME Y SOPORTARME EN LOS MOMENTOS DE CRISIS,
POR LOS CONSEJOS, LAS RISAS, LAS LÁGRIMAS, LOS REGAÑOS, LOS ABRAZOS, LAS BROMAS, LAS
ENFERMEDADES, LAS ENSEÑANZAS, LA CONFIANZA,
POR COMPARTIR TU MUNDO Y TU VIDA CONMIGO, MUCHAS GRACIAS.

AGRADEZCO A ROLANDO,
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCERTE,
POR SER UN CONSEJERO,
POR EL APOYO Y EL CARIÑO,
POR LA AYUDA Y LAS IDEAS NOVEDOSAS,
POR LA VISIÓN Y LA PERSPECTIVA.

AGRADEZCO AL DR. OSCAR,
POR EL ENTUSIASMO EN ESTE TRABAJO,
POR INVOLUCRARSE EN ESTA EMPRESA,
POR COMPARTIR UN TRAYECTO DE MÍ CAMINO.





AGRADEZCO A SOFÍ,

POR LA ENSEÑANZA Y EL CONSEJO,
POR LA AYUDA Y EL TRABAJO EN CONJUNTO,
POR LA CONFIANZA Y EL CARIÑO,
POR PERMITIRME CONOCERTE Y DESCUBRIR ESE MARAVILLOSA MUJER,
POR MOSTRARME QUE CON TENACIDAD Y ESFUERZO TODO SE LOGRA,
POR SER MÍ MAESTRA.

AGRADEZCO A LA DRA. ISABEL,

POR ESTAR CONMIGO DESDE QUE INICIÓ ESTE PROCESO,
POR SER UNA FUENTE DE APOYO,
POR MOSTRARME QUE LAS COSAS SE PUEDEN HACER,
POR SUS CONSEJOS TAN ACERTADOS EN MOMENTOS DE DUDA Y CRISIS,
POR PERMITIRME CONOCERLA Y ADMIRARLA AÚN MÁS.

AGRADEZCO A REGINA,

POR DEMOSTRARME SU AMOR EN CADA MOMENTO,
POR SER UNA PEQUEÑA-GRAN LUZ EN MI VIDA,
POR SER UNA PEQUEÑA ORUGA,
POR LA CHISPA, LOS ABRAZOS, LAS RISAS, LOS CORN-POPS,
POR QUERERME CONTIGO EN CADA PASO,
NENITA AUNQUE ESTEMOS LEJOS NUNCA TE DEJARE SOLA!!!

AGRADEZCO A MONSE,

POR CONOCERTE Y PODERME LLAMAR TU AMIGA,
POR TODAS LAS RISAS Y LOS ABRAZOS,
POR TODOS LOS MOMENTOS JUNTAS,
POR ENCONTRAR QUE EL TIEMPO NO MERMA EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS,
POR LA ENTREGA Y PASIÓN A LA VIDA.

AGRADEZCO A PAOLA,

POR SER MÍ HERMANA ELEGIDA,
POR ESTAR CONMIGO MÁS DE LA MITAD DE MI VIDA,
POR SER TAN PARECIDAS Y REÍR COMO LOCAS,
POR COMPARTIR MIS SUFRIMIENTOS,
POR ACEPTARME EN SU CASA, EN SU VIDA Y COMO UNA MÁS DE LA FAMILIA,
POR SER COMADRES,
POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE ACOMPAÑARLA EN SU MAYOR EMPRESA: **ENRIQUE,**
POR TODO ESO Y POR LO QUE NOS FALTA.





AGRADEZCO A LAS ORUGAS:

EDITH, POR SER LA INSPIRACIÓN PARA CREAR A LAS ORUGAS, POR DARME EL TÍTULO DE PSICO-ORUGO TERAPEUTA, POR SER UNA MARAVILLOSA MARIPOSA, POR SER Y DEFENDER LO QUE ERES Y QUIERES.

ANITA, POR SER TIERNA Y DISTRAÍDA, POR SER LUCHADORA, POR SER APOYADORA, POR COMPROBAR: LLAVES, DINERO, CELULAR.

MAGY, POR TODOS ESOS AÑOS COMPARTIDOS, POR LOS BUENOS Y LOS MALOS MOMENTOS, POR APRENDER DE LA AMISTAD.

CHEPINA, POR ELEGIRME COMO TU HERMANA MENOR, POR AMPLIAR MI FAMILIA Y TENER UNA MÁ, UN PÁ Y UNA HERMANA, POR TU BELLA VOZ, POR TUS LOCURAS Y TUS OLVIDOS, POR SER TÚ DE MANERA INCONFUNDIBLE, POR TU CREATIVIDAD, POR EL ¡TODO MAL!

ROBERTO, POR LAS PLÁSTICAS, POR EL TIEMPO COMPARTIDO, POR SER ETERNAMENTE DEPRESIVO, POR SER UN SER LLENO DE LUZ AUNQUE NO LO QUIERAS RECONOCER.

ETNI, POR SER UNA AMIGA INSUPERABLE, POR SER TAN PARECIDAS, POR PERSEGUIR TUS SUEÑOS, POR ENFRENTARTE LAS ADVERSIDADES, POR ELEGIRME COMO AMIGA, POR COMPARTIR TU NUEVA VIDA CONMIGO. AUNQUE PARTAS AL FIN DEL MUNDO SIEMPRE ESTAREMOS UNIDAS AMIGA.

KARO, POR SER AUTENTICA, POR SER EMPRENDEDORA, POR ENTREGARTE A TUS PROYECTOS CON MUCHO ENTUSIASMO, POR SER INTRÉPIDA.

BERE, POR SER MI HERMANA ORUGA- PERO TAMBIÉN MI HERMANA-REX, POR SER “NATURAL” POR NO DECIRLO DE OTRA MANERA, POR SER DIVERTIDA Y TIERNA, POR BUSCAR Y CREER EN EL AMOR.

GEORGE, POR COMPARTIR CONMIGO TU VIDA, POR ESAS PLÁSTICAS TAN DIVERTIDAS, POR TRAER UNA NUEVA DINÁMICA AL CUBÍCULO, POR EL DOBLE SENTIDO, POR LA TRANQUILIDAD EN TU VIDA, POR SER EL RQUIS.

Y SOBRE TODO POR TODO LO REÍDO Y VIVIDO, POR NUESTRO LIBRO DE PRECEPTOS Y POR CADA UNA DE LAS GENIALIDADES DENTRO Y FUERA DE ESE NUESTRO CAPULLO, POR LOS VIAJES Y POR LAS REUNIONES, POR SER COMO SON, POR QUERERME Y ACEPTARME COMO SOY, ¡¡¡GRACIAS!!!!

AGRADEZCO A LUZ,

POR SER MÍ AMA,

POR ENSEÑARME QUE LO DIFERENTE ES BUENO,

POR EL CARIÑO, LAS ENSEÑANZAS Y DIVERSIÓN.





AGRADEZCO A ANGIE EDITH,
POR SER MÍ AMIGA Y COMPARTIR CONMIGO SU VIDA,
POR LOS ÁNIMOS Y CONSEJOS.

AGRADEZCO A LAURA (PIKLA),
POR ESTAR CONMIGO A TRAVÉS DE LOS AÑOS,
POR SEGUIR A MI LADO, AUNQUE FÍSICAMENTE ESTEMOS LEJOS,
POR EL CARIÑO Y LOS BUENOS MOMENTOS.

AGRADEZCO A ERIKA,
POR MOSTRARME QUE LA ADICCIÓN AL AMOR EXISTE,
POR AFRONTAR Y SEGUIR EN PIE DE LUCHA,
POR ENFRENTAR TUS MIEDOS,
POR LUCHAR POR ALCANZAR TUS METAS.

AGRADEZCO A RUTH,
POR SER UN ÁNGEL,
POR SER UNA MARAVILLOSA AMIGA.

AGRADEZCO A ELSITA Y REBE,
POR SER MIS COMPAÑERAS EN CLASE,
POR LAS RISAS Y REFLEXIONES,
POR LA COMPAÑÍA Y CARIÑO.

AGRADEZCO A MIS COMPAÑEROS DE GENERACIÓN:

FÁTIMA, POR SER UN SOL EN MI VIDA, POR SER EL PEPINILLO, POR SER MI HERMANA EN UNA FAMILIA UN POCO DISFUNCIONAL, POR PERMITIRME SER TU AMIGA, POR APOYARME EN LOS DÍAS DIFÍCILES, POR COMPARTIR TUS Y MIS LOGROS, POR SER Y POR EXISTIR.

NORMA, POR PARECERNOS EN GUSTOS, POR LOS ABRAZOS DE OSO, POR LAS PALABRAS, POR LOS BUENOS DESEOS, POR ESTAR EN MI VIDA.

BRIAM, POR TODOS ESOS MOMENTOS, POR LOS MOMENTOS DE DIVERSIÓN, POR LOS MOMENTOS DE REFLEXIÓN, POR AQUELLAS NOCHES DE RISA Y POR QUÉ NO "SALUD", POR SER MI AMIGO.

ARELI, POR COMPARTIR CONMIGO UNA DE LAS CLASES MÁS ESTRESANTES EN MI VIDA, POR ESAS HORAS DE RISAS, POR LOS CONSEJOS Y AYUDA!!

VERO-V, POR QUÉ ERES COOL, POR MOSTRARME QUE SE DEBE LUCHAR Y SER FELIZ, POR LA ALEGRÍA Y EL ENTUSIASMO.

VÍCTOR, POR SER TÚ, POR LOS MOMENTOS DE RISA SIN PARAR, POR LOS MOMENTOS DE ESTUDIO, POR LAS PORRAS, POR SER CÓMPlices EN NUESTROS SUEÑOS, POR SER UN PERRO, POR SER MI GRAN AMIGO.





ANA DELIA, POR APOYARME DESDE QUE ME CONOCISTE, POR QUÉ HAZ CONFIADO EN MÍ, POR LOS CONSEJOS, POR EL CARIÑO, POR LAS BENDICIONES, PERO SOBRE TODO POR DEJARME CONOCER TU MUNDO.

PERO SOBRE TODO POR ACOMPAÑARME EN ESTE PROCESO, POR ESAS HORAS JUNTOS EN CLASES, POR TODAS LAS RISAS, POR SU ENTREGA, POR LAS PALABRAS, POR LOS SUEÑOS COMPARTIDOS, POR DAR LOS PRIMEROS PASOS HACIA UNA VIDA PLENA Y MARAVILLOSA.

AGRADEZCO A MIS NIÑOS DE PRIMERO, QUE ME ENSEÑARON QUE EL ENSEÑAR PUEDE SER DIVERTIDO Y MUY SIGNIFICATIVO, SABEN QUE FUERON MIS CONSENTIDOS... MUCHAS GRACIAS POR LAS RISAS Y POR DEMOSTRARME SU CARIÑO A LO LARGO DE LOS AÑOS.

AGRADEZCO A ESA O ESAS PERSONAS QUE HAN ENTRADO Y SALIDO DE MI VIDA, QUE NO SE ATREVIERON A COMPARTIR MI MUNDO POR COMPLETO, PERO SI NUNCA LAS HUBIERA CONOCIDO MI CAMINO NO SERÍA EL MISMO Y LA CONCEPCIÓN QUE TENGO DE LA VIDA NO SERÍA ESTA.

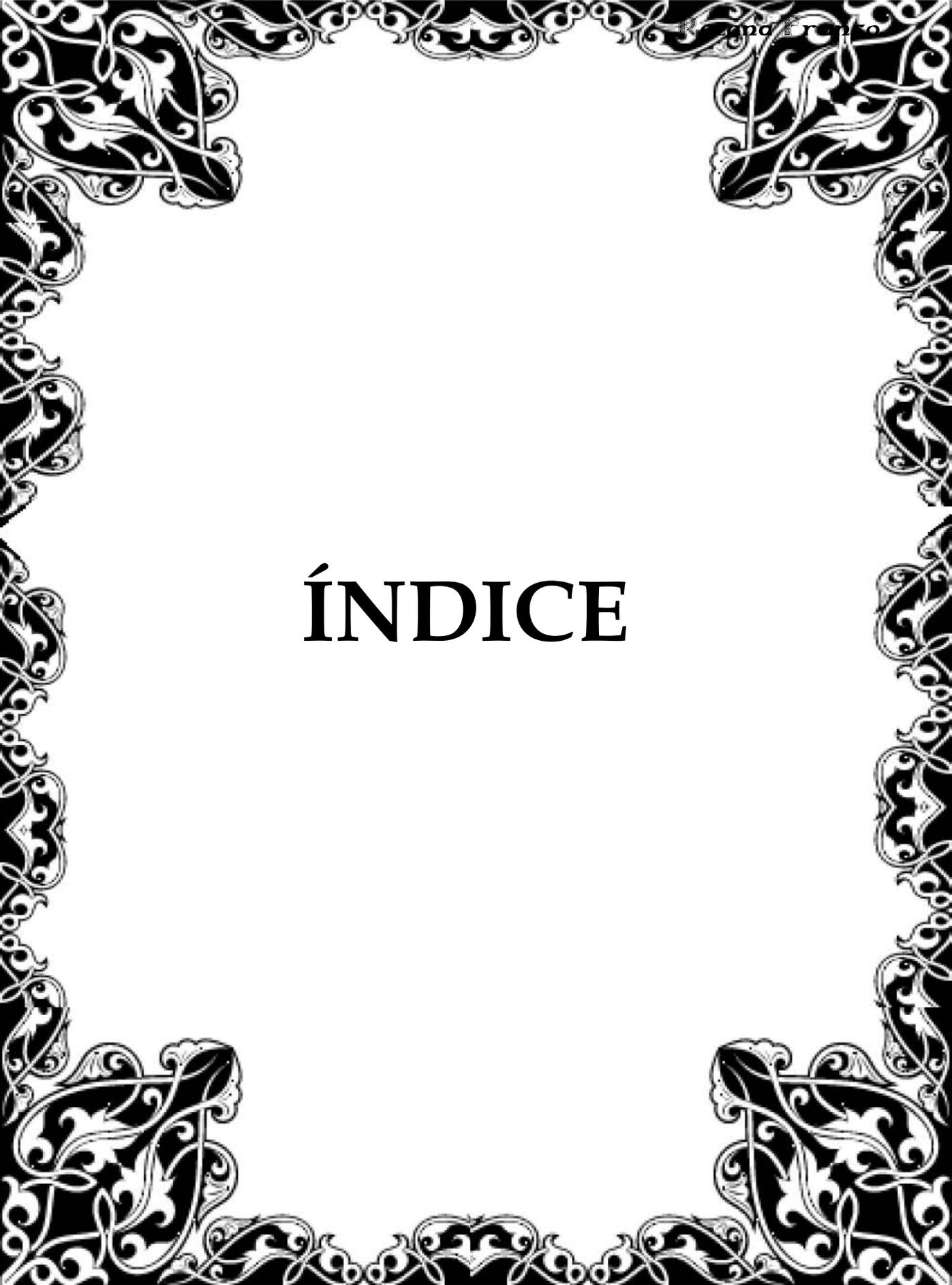
POR ÚLTIMO Y NO MENOS IMPORTANTES **AGRADEZCO A CADA PERSONA** QUE SE TOMÓ EL TIEMPO DE CONTESTAR MIS INSTRUMENTOS, ESTO ME AYUDO A OBTENER LOS DATOS DE ESTA TESIS, SIN ELLOS ESTO NO SERÍA POSIBLE.

¡GRACIAS!

SUEÑA COMO SI FUESES A VIVIR PARA SIEMPRE...
VIVE COMO SI FUESES A MORIR HOY.

JAMES DEAN





ÍNDICE



	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.	
EL ORIGEN: LAS ADICCIONES QUÍMICAS, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS	8
1.1 ADICCIONES QUÍMICAS: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	15
1.2 ADICCIONES PSICOLÓGICAS O SOCIALES	22
1.3 ¿QUÉ ES EL AMOR? ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN AL AMOR?	23
1.3.1 ¿QUÉ ES EL AMOR?	24
1.3.2 ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN AL AMOR?	33
1.3.3 ADICCIÓN SEXUAL, CODEPENDENCIA Y ADICCIÓN AL AMOR ¿SON LO MISMO O NO?	39
1.4 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ADICCIONES PSICOLÓGICAS Y QUÍMICAS	41
1.5 MODELO BIOLÓGICO Y MODELOS PSICOLÓGICOS DE LAS ADICCIONES	42
1.5.1 MODELO BIOLÓGICO	42
1.5.1.1 DOPAMINA Y CONSUMO CRÓNICO DE DROGAS	42
1.5.1.2 RECEPTORES DOPAMINÉRGICOS	44
1.5.1.3 FUNCIÓN DOPAMINÉRGICA PREFRONTAL	47
1.5.1.4 LIBERACIÓN CONDICIONADA DE DOPAMINA EN LA ADICCIÓN	50
1.5.1.5 NEUROADAPTACIÓN CON CAMBIOS CELULARES PERMANENTES	51
1.5.1.6 EL ÁREA TEGMENTAL VENTRAL Y LA ADICCIÓN MEDIADA POR SENSIBILIZACIÓN	52
1.5.1.7 CAMBIOS CELULARES AL CESAR EL CONSUMO DE DROGA	53
1.5.1.8 HÁBITOS Y SU APRENDIZAJE	54





1.5.2 MODELO SOCIAL	56
1.5.3 TEORÍA BIO-CONDUCTISTA	57
1.5.4 TEORÍA CONDUCTISTA	58
1.5.5 COGNITIVO-CONDUCTUAL	58
1.5.6 TEORÍA SOCIAL-COGNOSCITIVA	61
1.5.7 TEORÍA PSICOANALÍTICA	62
1.5.8 MODELO DE ADAPTACIÓN	62
1.5.9 HIPÓTESIS DE LA AUTO-MEDICACIÓN	63
1.5.10 MODELO FACTORIAL	63
1.5.11 MODELO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE CLONINGER	64
1.5.12 ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (YOUNG, 1990)	65

CAPÍTULO II. DESARROLLO: PERSONALIDAD Y ADICCIÓN AL AMOR

2.1 RASGOS DE PERSONALIDAD	74
2.2 PERFIL DEL ADICTO QUÍMICO	75
2.3 PERFIL DEL ADICTO A ASPECTOS PSICOLÓGICOS O SOCIALES	79
2.3.1 AFECTIVIDAD NEGATIVA DESMEDIDA	85
2.3.2 AFRONTAMIENTO INADAPTATIVO	87
2.3.3 ANSIEDAD	88
2.3.4 AUTO-DESTRUCCIÓN	90
2.3.5 AUTO-ENGAÑO	91
2.3.6 AUTO-ESTIMA	94
2.3.7 BÚSQUEDA EXAGERADA DE SENSACIONES	98
2.3.8 CO-DEPENDENCIA	101
2.3.9 CONFIANZA-INSEGURIDAD	104
2.3.10 CULPA	106
2.3.11 DEPENDENCIA	110
2.3.12 DEPRESIÓN	113
2.3.13 DESESPERANZA	116





2.3.14 ENOJO	118
2.3.15 IMPULSIVIDAD, BAJO-AUTOCONTROL Y NO REGULACIÓN	121
2.3.16 INTOLERANTE A ESTÍMULOS DISPLACENTEROS	127
2.3.17 LOCUS DE CONTROL	129
2.3.18 OBSESIÓN-COMPULSIÓN	133
2.3.19 SENSACIÓN DE URGENCIA	138
2.3.20 SOLEDAD Y VACÍO EXISTENCIAL	140
2.3.21 TOLERANCIA - FLEXIBILIDAD- RIGIDEZ	142
2.3.22 VERGÜENZA	143
2.3.23 VIOLENCIA	147
2.3.24 VULNERABILIDAD	152

CAPÍTULO III.
INTERACCIÓN DE LOS AMANTES: APEGO, COMPROMISO Y CULTURA 153

3.1. APEGO	156
3.1.1 ¿QUÉ ES EL APEGO?	158
3.1.2 TEORÍAS SOBRE EL APEGO	161
3.1.2.1 EL MODELO REPRESENTACIONAL DE LA RELACIÓN DE APEGO	162
3.1.2.2 TEORÍA ETOLÓGICA DEL APEGO	163
3.1.2.3 TEORÍAS CONDUCTISTAS	165
3.1.2.4 PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA	167
3.1.2.5 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL	168
3.1.2.6 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO	170
3.1.3 INVESTIGACIÓN SOBRE APEGO	171
3.1.4 EXPERIENCIA ROMÁNTICA DE LOS INDIVIDUOS CON ESTILOS DE APEGO SEGURO, EVITANTE Y ANSIOSO-AMBIVALENTE	179
3.2 COMPROMISO	183
3.2.1 MODELOS TEÓRICOS	187
3.2.1.1 TEORÍA DE COHESIÓN (LEVINGER, 1965/1999)	187





3.2.1.2	MODELO DIALÉCTICO DE COMPROMISO (BRICKMAN, DUNKEL-SCHETTER & ABBEY, 1987)	188
3.2.1.3	MODELO DE INVERSIÓN (RUSBULT, 1980, 1983)	189
3.2.1.4	TIPOLOGÍA TRIPARTITA DE COMPROMISO (JOHNSON, 1991/1999)	192
3.2.2	INVESTIGACIÓN	194
		199

MÉTODO

ESTUDIO I	208
MÉTODO	210
RESULTADOS	213
DISCUSIÓN	218

ESTUDIO II	
FASE 1	227
MÉTODO	229
RESULTADOS	238
DISCUSIÓN	264
FASE 2	280
MÉTODO	282
RESULTADOS	285
DISCUSIÓN	296

ESTUDIO III	303
MÉTODO	305
RESULTADOS	309
DISCUSIÓN	326

CONCLUSIÓN GENERAL	335
---------------------------	-----

SUGERENCIAS	342
--------------------	-----

REFERENCIAS	345
--------------------	-----

ANEXOS	386
---------------	-----



INTRODUCCIÓN



Retana Franco

TODO COMIENZO TIENE SU ENCANTO.

JOHANN WOLFGANG GOETHE

UN COMIENZO NO DESAPARECE NUNCA,

NI SIQUIERA CON UN FINAL.

HARRY MULISCH





El amor es una de las emociones más anheladas y buscadas a lo largo de la vida del ser humano (Carlson & Hatfield, 1992), ha llevado a todo tipo de científicos a investigarla con el fin de entender su peculiaridad. Así, existen diversas obras que han intentado descifrar, conceptualizar, operacionalizar y clasificar al amor, evidenciándose su importancia e impacto dentro de la existencia de los seres humanos.

El amor es quizás el modelo supremo de cumplimiento. Se espera que exista dicha sexual, acoplamiento espiritual entre la pareja, las imágenes del amor impregnan la cultura para entender las formas más altas de felicidad que están disponibles para la humanidad. El amor romántico, apasionado entre un hombre y una mujer se mira como una de las fundaciones más importantes de una vida feliz. Si el amor no se tiene o no se puede alcanzar; el ser humano se encontrará vacío o carente de sentido, por lo que tiene que seguir en su búsqueda de manera incesante y desesperada hasta encontrar a ese ser que le ayude a dar sentido a su vida.





Una vez que se siente atracción por alguien especial, la persona se siente desbordado en su experiencia emocional y deseo sexual, se preocupa y hace torpes intentos para acercarse a la persona. Idealmente, la otra persona se comienza a sentir de la misma manera. Las personas procuran pasar más y más tiempo juntas, compartiendo pensamientos y sensaciones, descuidando otras preocupaciones y relaciones, y su mundo se siente transformado a fondo por el descubrimiento de esta necesidad de eliminación (del mundo) y de esta felicidad que los domina. Durante el pico de esta experiencia, su atención se centra principalmente en la relación (Baumeister & Wotman 1992). Pero cuando este comportamiento se mantiene a través del tiempo, y no se da un decremento al paso de los meses, entonces esto puede resultar preocupante porque podría estarse generaldo una adicción.

Cabe señalar, que este padecimiento es -para algunos autores (e.g. Reynaud et al, 2010; Retana Franco, 2010)- no solo enaltecido sino originado por la sociedad, mediante todo tipo de presiones explícitas e implícitas que van desde la familia, la escuela, los amigos y hasta los medios de comunicación en masas; ya que hace que el amor descansa en preceptos que sostienen la necesidad de dependencia, de seguridad, de la presencia continua de otra persona, de celos, de la renuncia a la independencia personal -entre otros aspectos- lo que orienta hacia el desarrollo de una posible adicción (Peele & Brodsky, 1975/1991).

En este contexto, el amor se puede comparar al estado adquirido tras el consumo de drogas en donde el individuo es transportado a los estados más extraordinarios, de éxtasis, y en el proceso se tiende a formar un hábito. Pero como muchas drogas de gran alcance, el amor puede llevar hacia la agonía y la miseria. El adicto privado de la pareja, hace frente a un proceso brutal y doloroso para poder ajustarse a la privación y aprender a vivir sin necesitar algo alrededor de lo cual su vida ha girado. A veces, el ajuste no puede ser hecho, y el proceso del retiro es fatal (Baumeister & Wotman 1992).

Es importante no confundir el amor adictivo con la dependencia que tienen naturalmente las parejas al tener algún tiempo juntos, ya que la adicción al amor es un trastorno que hace sentir a la persona como en un sueño en donde se intentan cubrir





necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, ya que el individuo se siente incompleto, vacío, desesperado, triste y perdido solo cree que este dolor se puede remediar a través de su conexión alguien fuera de sí mismo. Creen que su pareja es la única e insuperable persona “mágica” que puede satisfacer todas sus necesidades, les brinda felicidad y satisfacción, al solucionar todos sus problemas, al hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca; por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida, por lo que se dan cuestiones como posesión, celos, rutina y enclaustramiento de la pareja. Existe en ellos una angustia significativa con la búsqueda, a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas al soportar increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen. Para estos amantes, el renunciar a la relación con su objeto de adicción nunca es una opción, ya que ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad.

Antes de continuar, son necesarias dos precisiones: la primera es que aunque se dice que la adicción al amor es tan antigua como el ser humano, su estudio ha resultado muy complejo debido a su combinación con el amor pasional, y/o la adicción sexual, lo que propicia una difícil definición operacional y consensuada, lo que imposibilita la realización de estudios epidemiológicos sobre este padecimiento. La segunda, es que no se tiene conocimiento de ningún estudio sistemático de las comorbilidades asociadas a adicción al amor y de cualquier estudio de los rasgos de personalidad o los factores genéticos que pueden estar relacionados al riesgo de adicción al amor. Existen sin embargo, informes con base en la práctica clínica que podrían servir de referencia para abrir un campo de conocimiento y entendimiento del padecimiento.

Así, con el fin de contribuir al conocimiento de este padecimiento, la presente investigación se dio a la tarea de estudiar en forma sistemática a los adictos al amor mexicanos, desde un enfoque social empleando un abordaje cuantitativo, en donde se pudiera caracterizar por medio de un perfil psicológico del adicto, así como predecir por medio de variables contextuales como el apego y el compromiso la incidencia de este padecimiento.





Para cumplir con lo expuesto, en el Capítulo I, se inicia haciendo una exposición de los conceptos de adicciones químicas y sus características, para continuar con una revisión de las adicciones psicológicas o sociales, y con ello definir la adicción al amor en el contexto de los otros conceptos. Posteriormente, se hace un análisis de las similitudes y diferencias de las adicciones psicológicas y químicas. Y en la última parte del capítulo se hace una revisión de los modelos (biológicos y psicológicos) que han intentado explicar el surgimiento y mantenimiento de las adicciones.

En el Capítulo II, se hace una revisión de los rasgos de personalidad y cuáles son los perfiles tanto de los adictos químicos como de los adictos psicológicos, que la literatura marca como predominantes. Una vez hecho esto, se hace una revisión de 24 rasgos o características de personalidad coincidentes entre estos dos tipos de adicciones: lo que permite ir definiendo y explicando a cada uno de ellos, así como la manera en la que se han medido.

El Capítulo III, consta de dos grandes secciones, en donde se exponen de manera amplia el papel que juegan dos variables psicosociales en este padecimiento, como lo son: el Apego y el Compromiso. En ambos casos, se abordan sus definiciones y teorías que lo sustentan. Es importante recalcar que aunque el apego puede ser considerado como una variable primaria en el desarrollo, en la presente investigación se considera como una variable secundaria (o de interacción).

La investigación continúa con una sección metodológica dividida en tres estudios que tienen la siguiente estructura: método, resultados y discusión.

En el primer estudio su propósito principal fue identificar cuáles eran los rasgos de personalidad de los adictos al amor. En segundo estudio donde su propósito fue la construcción, validación y confiabilidad de instrumentos para medir cada rasgo de personalidad, además del compromiso de los adictos al amor, subdividido a su vez en dos fases: la primera en donde se desarrolló y validó psicométricamente una medida de cada uno de los 19 rasgos de personalidad, y la segunda donde se desarrolló y validó psicométricamente la escala de compromiso.

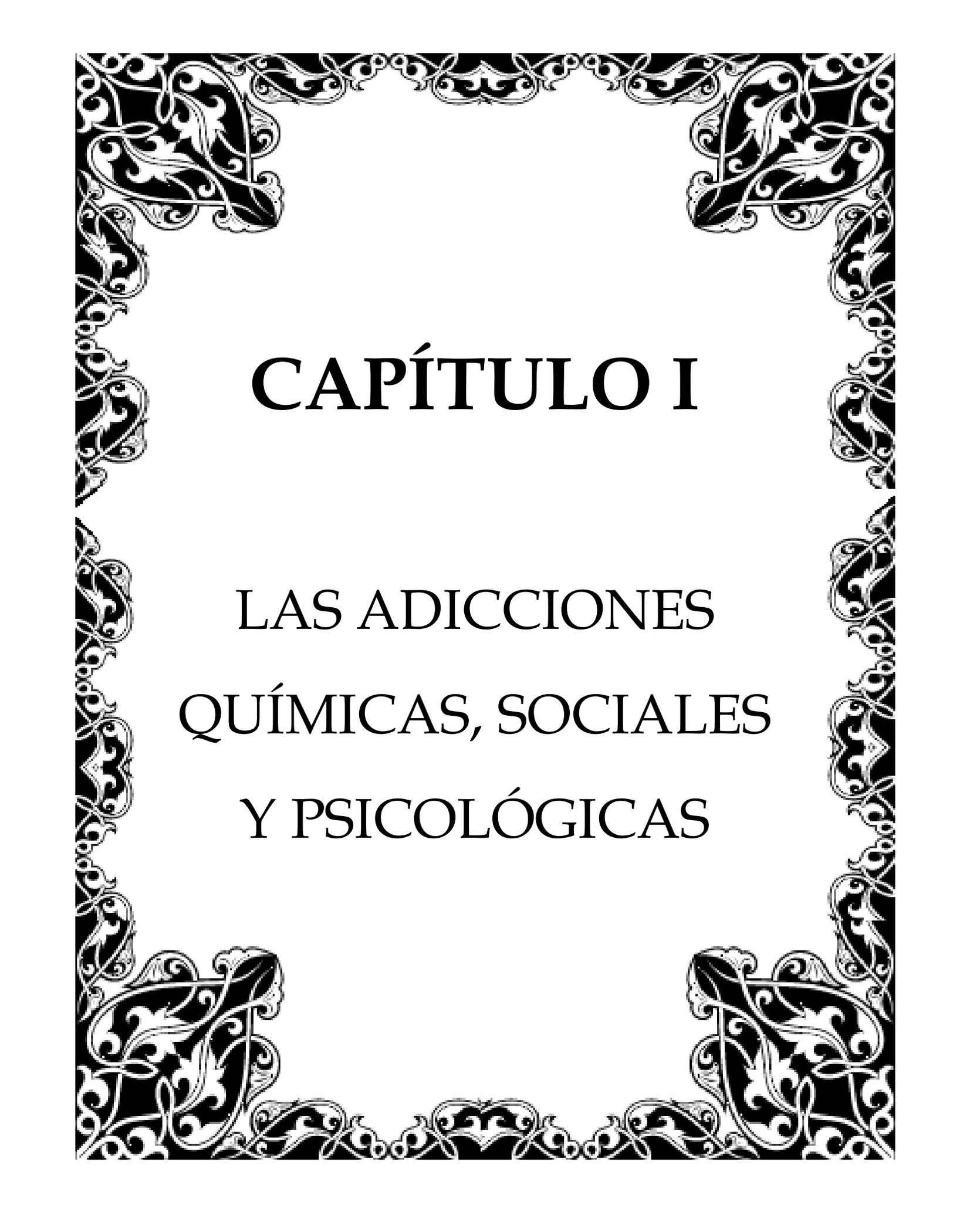




El tercer estudio donde su propósito principal fue el de explorar la relación de las variables así como evaluar el perfil psicológico del adicto al amor, para lo cual se utilizaron las medidas expresamente creadas para esta investigación (segundo estudio), así como la escala de Zarco Iturbe (2005) de Co-dependencia y la escala de Márquez Domínguez, Rivera Aragón y Reyes Lagunes (2010) de Apego.

Finalmente a manera de cierre se presentan una discusión general del trabajo en donde se exponen los principales hallazgos y aportaciones de la investigación, así como una sección de sugerencias encaminadas a darle continuidad a la línea de investigación sobre el tópico del que tanto se habla pero que nadie se había dado a la tarea de estudiar de manera sistemática.





CAPÍTULO I

LAS ADICCIONES QUÍMICAS, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS



MI ÉXTASIS MÁS SUPREMO
MI PLACER MÁS PLACENTERO
MI SURTIDOR DE DELIRIO
MI OBSESIVA OBSESIÓN,
MI CUERPO, MI CORAZÓN, MI ALMA,
TE PERTENECEN A TI SOLAMENTE
Y NO CONSIGO SER
SIN QUE ME POSEAS TAN ÍNTIMAMENTE,
LA DICHA QUE ME PROVOCAS
COLMA TODO LOS ESPACIOS,
Y TODO DEPENDE DE TI
DESDE EL VIBRAR DE LOS ÁTOMOS
A LA INFINIDAD DEL UNIVERSO,
ERES LA LOCURA LÚCIDA
DONDE POSA LA RAZÓN
SU EQUILIBRIO MÁGICO,
ERES FRESCO DESAFIÓ
PARA MI PIEL SEDIENTA,
OLEAJE QUE DESMORONA
LA DURA PLAYA DE LA PRUDENCIA;
Y CADA DÍA TE NECESITO MÁS
Y CON MUCHA MÁS FRECUENCIA
PURA Y SILVESTRE
RECORRIÉNDOME LA SANGRE
ACERCÁNDOME EL CIELO
DÁNDOME ALAS
VUELO Y POESÍA.
JOHN WILLMER





Los trastornos por abuso de drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como los problemas derivados del mismo son un tema de atención y preocupación prioritario para todos los países.

¿Cuál es la tasa de consumo de las distintas drogas adictivas? Parece una pregunta sencilla, pero contestarla resulta sumamente difícil si lo que se desea es una respuesta exacta, ya que el número de adictos crece año con año de una manera alarmante, algunos ejemplos de ello son lo siguiente; se sabe que el 27.7% de los mexicanos fuman, lo que representa la existencia de más de 13 millones de fumadores (Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA, 1998). En cuanto al alcohol esta enfermedad afecta al 10% de nuestro país entre los 18 y los 65 años o sea las adicciones resultan ser un fenómeno social complejo que abarca todas las clases sociales, educativas y culturales. Por lo tanto se convierten en un problema de salud pública pues –entre otras cosas- ocasionan serias lesiones en el desempeño escolar y laboral, en las relaciones humanas y comunitarias, distorsionan el núcleo familiar, generando un deterioro total en el individuo.

El término “adicción” según la ley romana significa la sumisión, o capitulación a un dueño, o amo. De hecho se apelaba a la misma como justificación de la esclavitud. Quizá sea ésta una de las acepciones que, por poco conocida, no deja de ser relevante, ya que incide en uno de los aspectos principales de los procesos adictivos, que es la *dependencia* de un “amo”. El amo puede ser el alcohol, los opiáceos, el juego, el trabajo, las relaciones, la comida y se precisa de él para conseguir un estado de bienestar (físico y mental) normalmente adaptativo para poder alcanzarlo sin necesidad de ello. La dependencia se completa cuando el objetivo no es tanto conseguir placer, sino superar el malestar que se produce por su privación (Chóliz, 2006). Toda conducta placentera provocará en el ser humano la repetición, pero cuando esta conducta se realiza para evitar el malestar provocado, al no realizarla entonces se habla de una adicción.

Adicción, dependencia, drogadicción y farmacodependencia, según Velasco Fernández (1997) es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga, la adicción se caracteriza por una modificación del comportamiento





y otras reacciones que siempre obedecen a un impulso irreprimible por consumir el fármaco en forma continua o periódica.

May (s/f) explica la adicción como cualquier conducta compulsiva y habitual que limita la libertad del deseo humano. Asimismo una adicción que implique aspectos importantes en la vida de una persona, como la adicción a una relación o al trabajo, puede afectar en ocasiones, sistemas más grandes de células cerebrales que la adicción a una sustancia.

¿Pero cómo se da el proceso adquisitivo? Se tiene que comenzar diciendo que las adicciones se basan en los hábitos que no son más que costumbres adquiridas por la repetición de actos de la misma especie. La repetición genera hábitos. Los seres vivos tanto los animales como los hombres repetimos una y otra vez las mismas conductas con lo cual se van adquiriendo los hábitos necesarios para la supervivencia. El cerebro aprende los hábitos y los almacena en la memoria. Dentro de los hábitos existen dos tipos: a) los hábitos saludables, positivos para la supervivencia y el buen desarrollo personal que se adquieren gracias a un buen proceso educativo aprendido en la familia y luego en la escuela; y b) los hábitos negativos, los que son perjudiciales para la salud, se adquieren más fácilmente puesto que la repetición de la conducta es debido a la búsqueda de algún tipo de placer o de disminución de algún tipo de dolor (Vázquez, 2007).

Después de que se han adquirido estos hábitos, se puede hablar de lo que es la dependencia. Ésta es considerada como una vinculación muy estrecha con algo o alguien, de tal forma que si ello falta produce algún tipo de dolor; poniendo énfasis en que estas al igual que los hábitos se pueden clasificar en las dependencias positivas o negativas. Evidentemente las positivas son aquellas que guían al individuo para poder desarrollarse, algunas de ellas pueden ser la comida, los seres queridos, el trabajo, etc. Estas dependencias no alteran nuestra salud, no son malas si no son absolutamente necesarias. Y las negativas son aquellas que perjudican, por ejemplo dependencia al alcohol, al cigarro, a la comida, a la religión, etc. (Vázquez, 2007; Ver Figura 1).



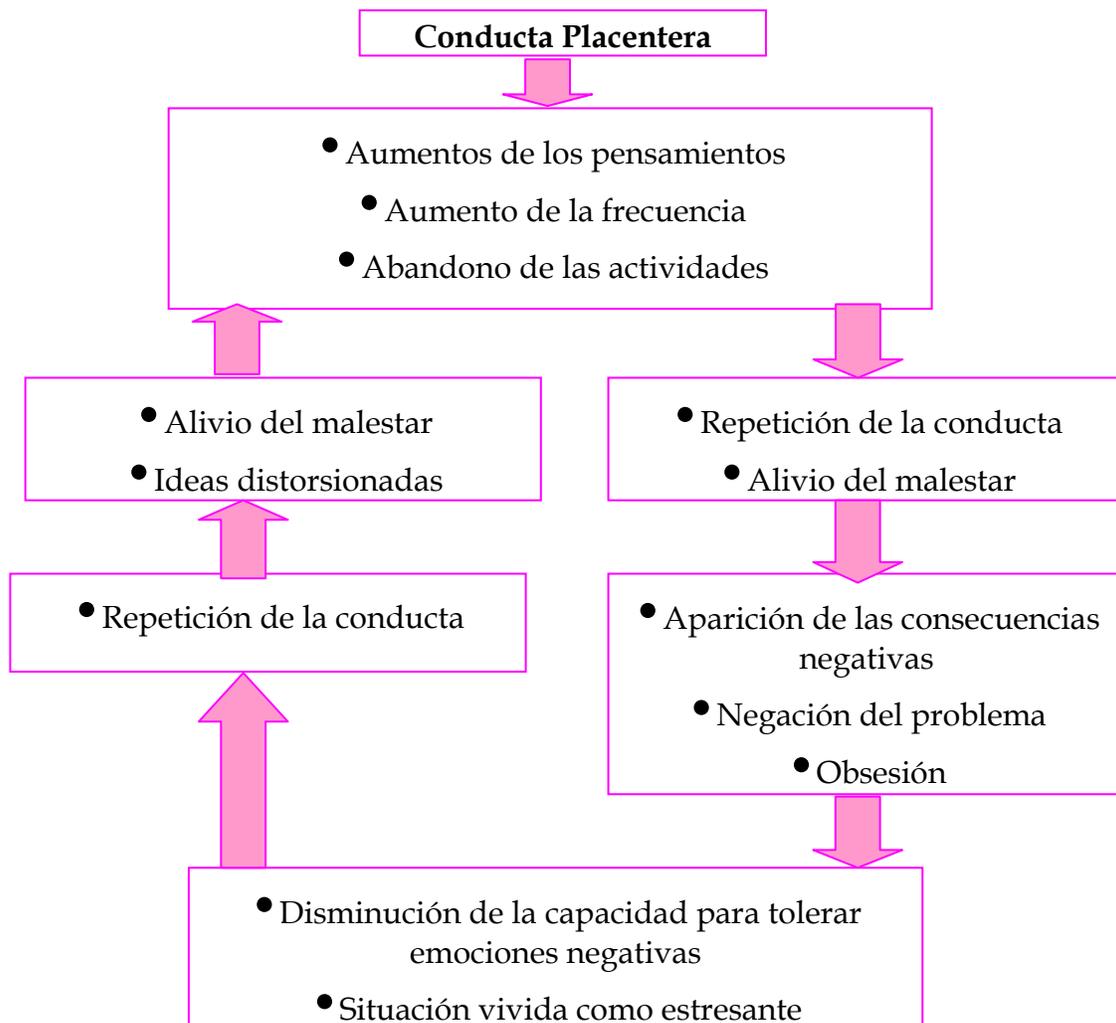


Figura 1. Se presenta el proceso de adicción, iniciando con una conducta placentera en donde se intenta por todos los medios regresar a este punto, sin embargo nunca se

Pero ¿de qué manera es que las dependencias negativas desembocan en una adicción? Ya generada la dependencia se hace necesario para el organismo tener contacto o consumir al objeto de ésta, no obstante, en algún momento el individuo se da cuenta que le está resultando perjudicial dicha conducta pero se crean mecanismos de defensa que lo liberan de la responsabilidad de sus acciones ante sí mismo y ante los demás (Tapia Conyer, 2001).





Para que exista una adicción debe de haber algo que cause bienestar y se desee repetir la experiencia, por lo que por “droga” se entiende a toda aquella sustancia química o situación vital capaz de proporcionar placer o, lo que sería parecido, evitar el dolor o sufrimiento humano en cualquiera de sus múltiples manifestaciones. La adicción es una enfermedad consistente en el desarrollo de una relación patológica o enfermiza entre una persona y una sustancia, persona o actividad adictiva, hasta el punto de llevarle a la destrucción personal. Es crónica, progresiva y en muchas ocasiones mortal y claramente la voluntad del enfermo no sirve para superarla.

Las “adicciones” son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos con capacidad de causar un daño o deterioro en la calidad de vida del individuo, una pérdida de control que se caracteriza por la práctica compulsiva de la conducta adictiva y una negación o auto-engaño ya que el sujeto no percibe la relación de su adicción y su deterioro personal (Villatoro et al., 1999).

La adicción se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habituación. Consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir (Díaz-Barriga & Souza-Machorro, 2003).

Clásicamente se han definido dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. La dependencia física recibe hoy en día el nombre de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo de droga-organismo. Sus dos componentes principales son: síndrome de abstinencia y la tolerancia.

Cuando la administración de la droga se suspende abruptamente, o se administra otra sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo de la droga con el organismo se presenta el cuadro denominado “síndrome de abstinencia”, el cual se caracteriza por manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y cada droga tiene un perfil especial. Mientras que la tolerancia





se refiere a soportar mayores cantidades de droga para alcanzar el efecto deseado (Landerero, Lorenzo & Leza, 1998).

La dependencia psicológica es un deseo irresistible, estado de anhelo, de repetir la administración de una droga para obtener las vivencias de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos, sedación, euforia, alucinaciones y/o evitar el malestar psíquico que se siente con la ausencia. El individuo presenta una compulsión a consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo positivo, placer, bienestar, euforia, sociabilidad o liberarse de un estado afectivo negativo, aburrimiento, timidez, estrés (Cooper, Wood, Orcutt & Albino, 2003).

A partir de las nociones sobre adicción, su objeto y características, se han hecho diversas clasificaciones sobre éstas, sin embargo, hay una que logra mayor consenso y que las divide en químicas y no químicas (Echeburúa, 2000; Vázquez, 2007) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. División de las adicciones

ADICCIONES QUÍMICAS	
SUSTANCIA QUÍMICAS SEDANTES O DEPRESORAS DEL S.N.C	SUSTANCIA QUÍMICAS ACTIVADORAS DEL S.N.C
ALCOHOL	ALCOHOL (falso efecto estimulante)
APÍACEOS	NICOTINA
BENZODIACEPINAS	COCAÍNA
BARBITÚRICOS	ANFETAMINAS
CÁNNABIS	CAFEÍNA





ADICCIONES NO QUÍMICAS (PSICOLÓGICAS O SOCIALES)	
JUEGO	SEXO
DINERO	PERSONAS (AMOR)
PODER	DEPORTE
TRABAJO	COMPRAS
COMIDA	TELEVISION
RELIGIÓN	INTERNET

1.1 ADICCIONES QUÍMICAS: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

En este caso se definen como: la dependencia (negativa) a una droga o sustancia que es introducida en el organismo vivo y que puede modificar una o varias de sus funciones; estas sustancias pueden provocar una acción reforzadora positiva capaz de provocar una dependencia física y psicológica generando un grave deterioro psico-orgánico y una mala conducta social (Tapia Conyer, 2002).

Para poder dar una definición a este fenómeno social, la Organización Mundial de la Salud intentó delimitar cuales serían las sustancias que generarían una dependencia y determinó que una “droga de abuso” es aquella de uso no médico que produce efectos psico-activos los cuales son capaces de influenciar su percepción, el estado de ánimo, la consciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto-administrada. Para que una sustancia sea tomada bajo los criterios de la definición anterior, se debe tomar en cuenta que: 1) la sustancias introducidas en un organismo vivo sean capaces de alterar o modificar varias funciones psíquicas de éste (carácter psico-activo); 2) inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración por placer, lo cual genera una acción reforzadora positiva; 3) el cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico; y 4) no tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.





Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos el detonador de la búsqueda de un tratamiento.

Por su parte, Goossop y West (1994) definen como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (2000) considera como características principales de las conductas adictivas a: la pérdida de control, b: la fuerte dependencia psicológica, c: la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y d: la interferencia grave en la vida cotidiana.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2000), la característica esencial de la “dependencia a una sustancia” consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella y añade que existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Cabe señalar que en este sentido la dependencia no es absoluta sino un elemento cuantitativo de esa magnitud, y en el extremo de espectro la dependencia se asocia a un “consumo compulsivo”. Los criterios para la dependencia de sustancias son referidos a un patrón inadaptable del consumo de sustancias, que produce un deterioro o malestar clínicamente significativos. Se considera que hay dependencia con 3 o más de las siguientes características, que aparecen dentro de un periodo continuado de 12 meses:





1. Tolerancia, definida por una de las siguientes manifestaciones: a- una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. b- una disminución notable del efecto con el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de las siguientes características: a- el síndrome de la abstinencia típico de la sustancia. b- se toma la misma sustancia (u otra muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume a menudo en cantidades superiores o durante periodos de tiempo más largos de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente a esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se dedica mucho tiempo a actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas a causa del consumo de la sustancia.
7. El consumo de la sustancia se mantiene, a pesar de que se conozca la existencia de problemas físicos o psicológicos persistentes o recidivantes que es probable que hayan sido causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (APA, 2000. pp. 10-11)

El DSM-IV (2000) solo reconoce el diagnóstico de adicción a doce sustancias que son: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y otras sustancias. Cada una de las clases presenta criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido. También, cada una de estas clases presenta un cuadro definido de intoxicación y abstinencia más ligado (aunque no únicamente vinculado) con el efecto fisiológico de la droga y de menor relevancia psicológica.

La adicción es uno de los mayores problemas de salud que tienen planteados los países occidentales. El término 'adicción' hace referencia a un conjunto de trastornos





psíquicos caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotrópicas con alto potencial de abuso y dependencia (drogas) –que progresivamente invade todas las esferas de la vida del individuo (familia, sociedad, relaciones sociales, trabajo...)- y por un desinterés hacia conductas, experiencias y placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida del individuo afectado, todo ello a pesar de las consecuencias extraordinariamente negativas que el consumo comporta. Hay aspectos cruciales del proceso adictivo que permanecen todavía sin resolver. Uno de ellos es el deseo intenso de consumo (*craving*), que constituye uno de los mayores problemas con que se enfrenta el paciente adicto desintoxicado durante la abstinencia, y otro, no menos importante, los mecanismos neurobiológicos y psicopatológicos que subyacen a las frecuentes recaídas en los hábitos tóxicos, que se presentan incluso después de mucho tiempo de abstinencia (Corominas, Roncero, Burguera & Casas, 2007).

En la mayoría de casos, el uso de drogas no desemboca en adicción o dependencia. Efectivamente, el uso de sustancias psico-activas por el placer que producen data de las épocas más antiguas de la civilización, pero el placer como tal forma parte sólo de los momentos iniciales de consumo de la droga. Con la exposición crónica se desarrolla dependencia, con los déficits cognoscitivos, emocionales y conductuales que la acompañan; sin embargo, no todos los individuos que entran en contacto con sustancias psico-activas llegan a las fases finales de este trastorno psicopatológico. Para que la adicción se desarrolle con todas sus consecuencias, deben confluír en un mismo individuo factores de vulnerabilidad previa al consumo de las sustancias y -quizá también-, una configuración especial de los mecanismos neurobiológicos que induce, con facilidad, los procesos neuro-adaptativos y de plasticidad neuronal característicos de la adicción (Cisnero Rivera, 2001).

La conducta adictiva se encuentra asociada con una comorbilidad importante de trastornos del estado de ánimo, crisis de ansiedad y cambios en la personalidad, que complican su tratamiento y pronóstico.

Estudios recientes han permitido identificar las zonas de estallido químico, en las cuales las drogas de abuso inician la formación del hábito. Se ha podido observar que





drogas tan dispares como la cocaína, la heroína, la nicotina, el cannabis, la fenciclidina y el alcohol activan el mismo sistema de circuitos de recompensa en el cerebro, aunque poseen diferentes mecanismos de acción. La formación de hábito se presenta con un denominador común: La activación de los mecanismos de recompensa del cerebro (Gil-Verona et al., 2003).

En relación con el complejo problema de la adicción se pueden formular las siguientes preguntas: ¿Por qué hay ciertas sustancias que tienen el poder de hacernos sentir tan bien (al menos al principio)? ¿Por qué hay ciertas personas que se hacen literalmente esclavos del alcohol, cocaína, nicotina u otras sustancias, mientras otras pueden tomarlas o dejarlas? Las respuestas a estas complejas e interesantes preguntas se engloban bajo lo que se conoce como neurobiología de la adicción.

El problema de la adicción a las drogas de abuso -desde el punto de vista neurobiológico-, ofrece un gran reto, no porque el consumo de sustancias de forma compulsiva sea algo nuevo, ya que esto ocurre desde hace mucho tiempo, sino porque requiere un abordaje desde varios niveles del conocimiento científico para su correcta comprensión; por ejemplo desde el punto de vista neurobiológico, psicológico, sociológico, etc. No se debe de olvidar que la neurobiología tiene una limitación importante: relevantes factores sociales, culturales y antropológicos, que contribuyen a condicionar los fenómenos psico-cerebrales (Gil-Verona et al., 2003).

Entonces, la adicción se define como la dependencia física o psico-fisiológica de una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo (Mora & Sanguinetti, 1994), o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves (Webster, 2000).

Respecto a la primera pregunta, se puede responder que una droga puede mimetizar o incrementar el efecto de un neurotransmisor dado, denominado agonista ('el que disputa', ya que luchan por el mismo receptor), o puede bloquear su efecto, antagonista ('enemigo') (Gil-Verona et al., 2003).





Una droga de abuso puede actuar sobre la neurona pre-sináptica, sobre los receptores postsinápticos o sobre la transmisión:

- *Acción sobre la neurona pre-sináptica:* una droga, por ejemplo, puede estimular la liberación de un neurotransmisor dado, así las anfetaminas incrementan la liberación de norepinefrina y dopamina.
- *Acción sobre los receptores post-sinápticos:* una droga puede ejercer efectos similares a otras sustancias porque tiene una estructura similar a un neurotransmisor dado. Por lo tanto, parte de los efectos de la nicotina los realiza por su similitud con la acetilcolina. Pero también puede tener el efecto opuesto, es decir, unirse a un receptor post-sináptico y no estimularlo, con lo que el neurotransmisor no puede unirse a su receptor porque está ocupado. Por ejemplo, la fenciclidina (también denominado polvo de ángel) inhibe los receptores NMDA de *aspartato* y *glutamato* (Julien, 2001).
- *Acción sobre la transmisión:* normalmente, después de que un neurotransmisor ha realizado su acción sobre el receptor, es recaptado por la neurona pre-sináptica para su metabolización o para su uso. Algunas sustancias pueden interferir en este proceso; la cocaína, por ejemplo, impide que la dopamina, entre otras sustancias, no se reabsorba tan rápidamente por la pre-sinapsis y permanezca más tiempo unida a su receptor; de esta forma, el efecto es más prolongado, es decir, bloquea el transportador de dopamina.

Para responder a la segunda cuestión se necesita mencionar lo que se entiende desde el punto de vista neurobiológico por los sistemas de refuerzo y los sistemas de castigo.

En 1954, Old y Minner estaban realizando estudios con ratas sobre la relación entre una estructura encefálica, que se conoce como la formación reticular, la motivación y el aprendizaje. Para ello situaban micro-electrodos en la formación reticular, con el fin de estimularla eléctricamente, pero por lo menos en un caso se equivocaron y situaron los electrodos posiblemente en el hipotálamo (se menciona posiblemente porque el cerebro del animal se perdió). Lo más importante es que estos dos autores, al percatarse de que el animal se estimulaba por medio de palanqueos, abandonaron su proyecto





primario y comenzaron a desarrollar lo que se conoció como la técnica de la auto-estimulación eléctrica del cerebro.

Esta técnica, conocida como auto-estimulación intracraneal, se ha descrito en ratas (Olds & Milner, 1954), en humanos (Bishop, Elder & Health, 1963) y en muchas especies. Los resultados obtenidos con esta metodología se pueden resumir en lo siguiente: La implantación de electrodos en ciertas zonas del encéfalo y el paso de la corriente eléctrica por ellos produce en el sujeto una gama de sentimientos agradables de bienestar, euforia, placer y satisfacción. Debido a ello, el animal de experimentación se administra choques eléctricos con gran frecuencia, ya que obtiene así una formidable gratificación. Este conjunto de zonas encefálicas a partir de las cuales se obtienen estos resultados constituye el denominado sistema de gratificación, cuyos componentes principales son, básicamente: *núcleos septales, amígdala, hipocampo, hipotálamo lateral*; además hay que añadir la *corteza prefrontal, la entorrinal y el polo temporal*. Es importante también el denominado haz medial del *prosencefalo*, haz caracterizado por su amplio origen y por la gran cantidad de lugares donde termina.

Diversos datos obtenidos mediante técnicas electrofisiológicas indican que las neuronas de estas áreas están interconectadas entre sí, formando lo que se denomina el circuito de gratificación o de recompensa (Delgado & Mora 1998).

A diferencia de ello, la implantación de electrodos en otras zonas encefálicas y su excitación provoca sentimientos disfóricos, desagradables, penosos e incluso dolorosos; este grupo de estructuras, también relacionadas con el sistema límbico, se denomina sistema de castigo o de aversión. Dicho sistema, desde el punto de vista neuroanatómico, está peor definido. Sus partes más importantes son: *región periventricular del tálamo e hipotálamo, sustancia gris mesencefálica, zonas de la amígdala, hipocampo y fórnix* (Delgado & Mora 1998). Se conocen mal los mecanismos nerviosos del placer, pero parece razonable pensar que se superponen, o incluso coinciden, con los mecanismos cerebrales que se ocupan de la recompensa y el refuerzo de la conducta (Kandel, Schwartz & Jessell, 2001).





También se ha visto que ciertas conductas, todas aquellas que al principio eran placenteras, pueden orillar a las personas a caer en una adicción, por lo tanto a continuación se revisaran de una manera más amplia las consideradas adicciones no químicas.

1.2 ADICCIONES PSICOLÓGICAS O SOCIALES

El concepto de adicción siempre ha ido unido al de sustancia, sin embargo, cada vez se acepta más la idea de adicción sin sustancia (juego patológico, adicción a las compras, etc.). Casi cualquier conducta placentera es susceptible de convertirse en adicción (Echeburúa, 2000). Siempre ha habido adicciones sin sustancia, pero es actualmente cuando está más en boca de los profesionales, toda vez son más las personas que demandan atención especializada debido a los problemas derivados de estos abusos.

Pero ¿cómo delimitar la línea que separa una conducta hecha por mero placer de realizarla y una conducta que se realiza por adicción? La adicción-no adicción no es una dicotomía separada en polos opuestos, sino más bien un continuo. Conductas normales, incluso saludables, que pueden tornarse anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo/dinero invertido y, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas.

Cualquier conducta normal placentera tiende a repetirse y es, por ello, susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Pero esto, solo ocurre cuando el sujeto muestra una pérdida habitual de control al realizar una determinada conducta, continua con ella a pesar de las consecuencias negativas, manifiesta una dependencia de la misma, no puede quitársela de la cabeza, se muestra desosegado si no puede llevarla a cabo de inmediato y pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes (Echeburúa, 2000).

Las adicciones psicológicas (sin droga) no son incluidas como tales en el DSM-IV (2000). En este, el término adicción está reservado para los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, opiáceos, etc.), sin embargo, esto es





un error porque el perfil clínico de estas adicciones psicológicas es muy similar al del resto de las adicciones y al mismo tiempo, poco abordado.

1.3 ¿QUÉ ES EL AMOR? ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN AL AMOR?

Desde Ciencias Sociales y del Comportamiento, las relaciones interpersonales, han sido entendidas como un encuentro, asociación o interacción social que ocurre entre dos o más individuos a lo largo de un período de tiempo, dentro de un amplio contexto social y cultural particular (Goodwin, 2000), involucrando un gran nivel de interdependencia emocional y cognoscitiva (Dion & Berscheid, 1974; Kelley, 1983). Cabe señalar que las relaciones interpersonales pueden tener diversos fines, ya sea sólo en un encuentro casual, una amistad o una relación de pareja (Sánchez Aragón, 1995).

Una de las temáticas dentro del estudio de las relaciones interpersonales -cuya explicación, análisis e investigación se ha tornado más relevante en las últimas décadas-, es la del amor en la relación de pareja. Esto, debido a la gran relevancia que ha adquirido en el mundo moderno al considerar que: a) la tendencia a la vida en pareja es una constante a lo largo de la historia en la mayoría de las culturas (Tena-Suck, 1994); b) para la mayoría de las personas, al menos en sociedades occidentales contemporáneas, el establecimiento de una relación íntima es una de las metas principales en la vida, siendo ésta un indicador de adultez, madurez y realización personal (Rage, 1997); y c) puede decirse que el entorno de la pareja se organiza la vida afectiva del individuo (Cañetas, 2000).

Una vez que dos personas se encuentran, se atraen y se eligen para establecer una relación de pareja, entran en juego un sinnúmero de fenómenos y variables provenientes de la interacción cotidiana entre sus miembros que determinarán la funcionalidad y permanencia de la díada. En general, la formación y el mantenimiento de una relación íntima se representan por la suma total de los atributos y necesidades individuales de cada uno de sus miembros, sin negar la gran influencia de la cultura y la sociedad (Duck, 1997 citado en Goodwin, 2000). Asimismo, se ha reconocido ampliamente la





compleja interacción que se da entre los miembros de la pareja, así como la relación individual y conjunta que mantienen con su familia extendida, con sus redes sociales y con su extenso ambiente social y físico (Ojeda, 1998).

1.3.1 ¿QUÉ ES EL AMOR?

El amor es un aspecto que fortalece no sólo la relación de pareja sino todo tipo de relación personal. Sin embargo, son pocos los que saben lo que encierra esta palabra. Se habla de él, se cree vivir enamorado, se escucha música que habla de lo bonito que es, y se busca por todos los medios experimentar este sentimiento. Todos anhelan fervientemente el amor y luchan por encontrarlo, pero en realidad, qué tanto se sabe sobre ese sentimiento.

Dado que el amor es un constructo central en el estudio de la pareja se ha tratado de concebir a través del tiempo y del conocimiento como el más profundo y significativo de los sentimientos. Su presencia da lugar a un involucramiento emocional espontáneo y dinámico entre dos personas, por lo cual ha ocupado un lugar privilegiado en la literatura, la filosofía, en la poesía y en la ciencia. No obstante, su aparente ambigüedad, abstracción y desacuerdo, han inhibido su cabal entendimiento (Elkins & Smith 1979).

El amor ha sido a través de la historia uno de los sentimientos que mayor inspiración ha provocado en la poesía, la pintura, la música, la escultura, etc., y en general en las bellas artes. También es el sentimiento a que aluden dos personas para querer estar juntas, es el sentimiento de los enamorados. Sin embargo, como tema de estudio, se ha visto relegado por ser considerado un asunto trivial y subjetivo. Esto ha tenido como consecuencia que hasta hace poco se tuviera poca información confiable acerca de este apasionante tema, así como de una metodología adecuada para su estudio (Tzeng, 1992).

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) ofrece 14 acepciones del término. La primera: "Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser". La segunda:





“Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear”. La tercera: “Sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo”. Y la cuarta: “Tendencia a la unión sexual”. El resto tienen poco o nada que ver con las relaciones íntimas de pareja y con el amor romántico.

El Diccionario Ideológico de la Lengua Española (Casares, 2001) señala entre sus dos primeras acepciones: Sentimiento afectivo que mueve al individuo a buscar lo que considera bueno para poseerlo y gozarlo; Sentimiento altruista que impulsa al ser humano a procurar la felicidad de otra persona.

Por su parte, llama la atención que en la *Encyclopedia Británica* (1985) no aparezca la entrada de *love*, y que en la *International Encyclopedia of the Social Sciences* (1968), la entrada *love* remita directamente a *affection*, donde se habla fundamental y casi exclusivamente de Freud y Harlow.

Respecto a la etimología del concepto, Diccionario de la Real Academia Española (2001) afirma que la palabra castellana “amor” proviene del latín “amor-amoris” y se introduce a la lengua castellana hacia el año 1140 (Coraminas, 1961).

Aristófanes (s/a, citado en Morales Gregorio & Guerrero Rodríguez, 1999) menciona que Eros (Dios del amor) derrama beneficios en los hombres para curar los males que impiden la felicidad. El habla de tres clases de primitivos de la naturaleza humana; hombres, mujeres y andróginos, estos últimos al desafiar a los dioses fueron separados por la mitad, de tal forma que cada ser humano se esfuerza por buscar su mitad y al encontrarla ya no se quiere separar porque han encontrado la felicidad.

Eurípides (siglo V a. C.) lo definen muy agudamente en su “Medea” como la síntesis entre Eros (la sensualidad) y Nomos (las normas y costumbres sociales), en lo que constituye uno de los primeros ejemplos de cómo la sociedad influye de forma decisiva en los sentimientos amorosos de las personas.

Platón (siglo IV a. C.) en el Banquete, pone en boca de Sócrates una idea que va a perdurar, bajo muy distintas enunciaciones, hasta nuestros días, que el Amor es el hijo de “Poros” (dios de la abundancia) y “Penía” (dios de la penuria). Es decir, la unión del





deseo de dar lo mejor de uno mismo con el deseo y la necesidad de recibir lo mejor del otro.

En el siglo XII, Andreas Capellanus ofrece, junto a las reglas del nuevo amor cortés (embrión del amor romántico actual) una bella definición: El amor es un sufrimiento que nace de dentro de uno, derivado de la contemplación o la excesiva meditación sobre la belleza de un miembro del sexo opuesto, que provoca, por encima de todo, el deseo de abrazarlo.

Otra definición es la de Maquiavelo (siglo XVI), quien en su *Príncipe* subraya que el amor es el deseo de fama, riqueza y poder, disfrazado de deseo de verdad, bien y belleza...

Hobbes (Siglo XVII) menciona que se llama amor por una persona concreta al deseo de ser deseado por ella.

Locke (s/a citado en Padilla Gámez, 2001) en su obra *Sobre el entendimiento humano*, señala que el amor es el fruto de la reflexión sobre el placer (no necesariamente sólo físico) que alguien puede producirnos.

Spinoza (s/a citado en Padilla Gámez, 2001) en su *Ética* señala que el amor es básicamente un sentimiento de alegría unido al conocimiento (o sospecha, intuición, creencia...) de su causa.

Nitzsche (siglo XIX) va a referirse en repetidas ocasiones al amor como una trampa para perpetuar la especie.

James (1884 citado en Padilla Gámez, 2001) se refería al amor como a la asociación entre la sensación agradable y la idea del objeto que la produce. Esta idea, vinculada a la propia teoría general de las emociones, que recuerda la propuesta de Spinoza.

Watson (1924 citado en Padilla Gámez, 2001) define al amor, en la más estricta línea conductista, como una respuesta emocional provocada por estimulación cutánea de las zonas erógenas- las cuales, son mucho más amplias que los meros órganos sexuales.





Miller y Siegel (s/a citado en Padilla Gámez, 2001) señalan - en términos cognitivos-conductuales-, que el amor es una amplia expectativa de placer, y el amado un refuerzo secundario generalizado.

Por su parte Sullivan (1953 citado en Padilla Gámez, 2001) se refería a él como al estado en el que la seguridad y la satisfacción del otro son tan importantes como las propias, mientras que Solomon (1988 como se cita en Padilla Gámez, 2001) lo define como el proceso de fusión del propio YO con un OTRO, creando un NOSOTROS auto-consciente.

Rubin (1973) vio el amor como la unión de tres componentes importantes: 1) interés (el sentimiento de que las gratificaciones del otro son tan importantes como las propias); 2) apego (la necesidad o el deseo de estar con el otro, de tener contacto físico, de ser aprobado y querido), y 3) intimidad (el nexo o lazo entre dos personas, manifestado por una comunicación estrecha y confidencial).

Scoresby (1977) y Turner (1970) mencionan que el amor incluye características como: altruismo, intimidad, admiración, respeto, confianza, aceptación, unidad, exclusividad, etc.

Skolnick (1978), menciona que el amor es la interacción construida por sentimientos, ideas y símbolos culturales. Es importante mencionar que la cultura permea y define el amor y sus correlatos y procesos (Díaz Loving, 1999).

Para Freud (s/a como se cita en Rattner, 1983) la sexualidad en su forma sensual más tosca era el origen de los afectos psíquicos más sutiles, especialmente del amor, la ternura y la simpatía.

Storm y Storm (1984) consideran al amor como un estado mental y emocional, ya que se hace manifiesto a través de: la preocupación por el otro, el deseo de estar juntos, la identificación con el otro, el sentimiento de pérdida o tristeza cuando el otro está ausente, querer reciprocidad en cuanto a dicho sentimiento, valorar al otro, desear la aprobación y simpatía del otro y exclusividad o alta prioridad del otro en su vida.

Johnson-Lair y Oatley (1989) ven al amor como una experiencia de felicidad interna en relación a un objeto o persona, que puede ser también objeto de deseo sexual.





A. Aron, E. Aron y Smollan (1992) el amor es la constelación de conductas, cogniciones y emociones asociadas con un deseo a empezar y mantener una relación cercana de una persona en específico.

Para Jourand y Landsman (1994) el amor es un conjunto de sentimientos positivos profundamente experimentados y referidos a la persona amada, entre los cuales se encuentra el cariño, la comunicación, la protección, la intimidad, la activación y la pasión. Es una base inestable y que no perdura mucho sin el apoyo de una buena relación general y una excelente comunicación.

Para Sarquis (1995) el término "amor", más allá de sus distintos significados filosóficos religiosos, se usa en la práctica para designar una vasta gama de relaciones interpersonales, así como para referirse a un cierto interés, compromiso o anhelo por algo, que puede ser otra persona.

Díaz Loving (1996) es amor es la forma más básica de vínculo de un ser humano, es apego, cuidado, cariño e interdependencia con un ser significativo en la vida. Existe una respuesta fisiológica que implica deseo, entrega; y una interpretación cognoscitiva de intensidad.

Sánchez Aragón y Díaz Loving (1996) mencionan que el amor está basado en la tolerancia, el cuidado y la comunicación, además incluye características como altruismo, intimidad, admiración, respeto, confianza, aceptación, unidad, exclusividad, etc. El amor también puede ser considerado como una **conducta**, ésta puede ser el cuidado que se tiene por el otro, la respuesta a sus necesidades y la expresión de afecto de modo físico. El amor como **juicio** se enfoca en la estimación o valoración de la bondad que implica para el sí mismo experimentar *amor*; en esencia, es una decisión cognoscitiva entre los miembros involucrados, que se basa en un criterio consciente en el que se compara a la pareja en términos de funcionalidad. El amor como **actitud** se enfoca en la evaluación de conductas o sentimientos experimentados a partir de la interacción y conocimiento de otra persona. El amor como un **sentimiento o emoción** presupone respuestas fisiológicas que surgen ante la presencia del ser amado y que van integradas con una atribución de actitud favorable ante la persona estímulo. Por último hay una





postura que ve el amor como un **fenómeno multidimensional** que puede dividirse en unidades básicas, que a partir de sus variaciones, producen diferentes tipos de relaciones, y además intenta precisar la naturaleza del amor eliminando su carácter misterioso.

De acuerdo a Alberoni (1997) menciona que es la más significativa y compleja de las experiencias y expresiones de la existencia humana. Este fenómeno se ha manifestado en todas las épocas y lugares, dando lugar a pensar que ha existido desde la aparición del género humano.

Kasa Fudzawa (1999) define al amor como sustantivo, como verbo (amar) y como complemento, tres cosas que merecen diferenciarse entre sí. El amor es una palabra, un símbolo, una falta en el otro, una demanda de amor.

Rusell (s/a como se cita en Díaz-Loving, 1999) describió el amor como: La fuente de los placeres más intensos que otorga la vida. En la relación de dos seres que se aman apasionadamente, con imaginación y ternura, existe algo de incalculable valor; ignorarlo sería una tragedia para cualquier ser humano.

Por su parte, Díaz-Loving (1999) afirma que el amor es el núcleo del romance y se ve complementado por emociones, con el agrado de convivir todo el tiempo con la persona lo que provoca felicidad, atracción, sensibilidad, y “mariposas en el estómago” por un lado; y cariño, ternura, confianza y tranquilidad lo que crea seguridad en la relación, por el otro.

Troya (2000 citado en Nogués, 2003) describe al amor como aquel en que dos personas sostienen que su unión conlleva un acto revolucionario. Instauro un orden diferente de las cosas y una ruptura con “el mundo de los demás”. Se sienten como individuos únicos y que el vínculo que los une es único. La pareja romántica inventa normas, códigos y costumbres vividas como construcciones nuevas de un nuevo mundo.

Sternberg (2000) menciona algunas concepciones del amor por diferentes autores:
1) Freud consideraba el amor como la sexualidad sublimada, es decir, llevamos la sexualidad a un plano más elevado y aceptado llamándolo amor para justificar nuestros





impulsos sexuales. Así, el amor adulto canaliza las frustraciones que se dieron en la infancia, al no poder satisfacer los deseos sexuales hacia los padres.

2) Reik, visualizaba al amor como el resultado de una insatisfacción con uno mismo, así se busca al amor cuando la vida es insatisfactoria y cuando necesita de alguien para llenar ese vacío que tiene.

3) Klein, señala que si amor se deriva de la dependencia de los demás para obtener la satisfacción de las necesidades personales. La dependencia hasta cierto punto es saludable.

4) Maslow concibe al amor como una necesidad de seguridad y pertenencia, un sentimiento de nostalgia de algo que no tenemos.

5) Fromm, considera el amor como el fruto del cuidado, la responsabilidad, el respeto y el conocimiento de la pareja.

Para Sánchez Aragón (2000) el amor es sinónimo de un desbordamiento de emociones basado fundamentalmente en el deseo sexual intenso por la pareja, necesidad de estar cerca del otro constantemente, alegría, mariposas en el estómago, ímpetu, placer, goce, cariño, confianza y seguridad. La entrega sin medida o sexo medida, matizada por el erotismo y sensualidad acompañada de constante cercanía física, en la que se procuran apapachos, besos y caricias. Asimismo la cercanía favorece la comunicación entre l pareja sobre necesidades y expectativas.

Para Yela (2002) es el conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones (incluida la llamada comunicación no verbal, con frecuencia inconsciente) y declaraciones (conducta verbal) que engloba el fenómeno amoroso (en lo que concierne a las relaciones amorosas, íntimas y sexuales, de pareja).

Para Nogués (2003) el amor es el contenido mental con que los humanos enriquecen la relación de pareja, interviniendo de esta forma varios factores en la pareja, como lo social, económico, romántico, etc.

Realmente, el amor es difícil de conceptualizar y cada autor lo ve desde su época, su cultura, su historia, etc., lo cierto es que el amor es tan amplio que probablemente esas concepciones tengan parte en la conceptualización actual del fenómeno amor.





Además de las definiciones que se han dado los teóricos e investigadores han tratado de abordar desde diferentes ángulos y enfoques conceptuales, teorías que expliquen, el funcionamiento de esa entidad tan compleja a saber: Teorías Fisiológicas, Psicológicas, Socio-Culturales y Multidimensionales.

En este trabajo no se abordan todas las teorías, sin embargo, se extraen aquellas que mencionan que al conjuntarse ciertos factores se podrían propiciar la adicción al amor. Es conveniente aclarar que dichas aproximaciones han intentado explicar y ver el funcionamiento de las relaciones sanas, aunque si existen componentes de que podrían indicar cuando se forman las relaciones insanas como lo sería la adicción al amor (Ver Tabla 2). Es así que la última aproximación, la teoría bio-psico-socio-cultural (Díaz Loving, 1999) abarca todos o casi todos los factores que las anteriores teorías manejan de manera un tanto parcial. Por lo que tomando como base la teoría bio-psico-socio-cultural de la pareja, se pretende entender las relaciones adictivas considerando aspectos que tienen que ver con cada uno de los componente que plantea dicha teoría.

Tabla 2. Teorías que pueden implicar Adicción al Amor

TEORÍA DE LOS PROCESOS OPUESTOS	Solomon y Corbit (1974) mencionan que el ser humano busca el placer, que es por lo que en principio se generan todo tipo de relaciones adictivas (citado en Vázquez, 2007).
AMOR HUMANISTA	Fromm (1970) dice que el amor es la vía por la cual la persona es capaz de superar la sensación de separatividad, fuente de angustia, aislamiento y desvalidez, sin embargo cuando no se logra este amor, se podría caer en relaciones insanas.
AMOR HUMANISTA	Maslow (1954) habla de que existen dos diferentes clases de amor, en la que la adicción podría ser muy parecida al amor D, en donde las personas buscan una relación por las carencias individuales.





AMOR VISTO COMO APEGO	Al ser el apego fundamental en las relaciones en las que se busca seguridad, sosiego, consuelo, agrado; el que algunas personas no hayan tenido una figura infantil que se los haya proveído hará que busquen en la edad adulta alguien que se los provea.
AMOR VISTO COMO AUTO-EXPANSIÓN	A. Aron y E. Aron (1986) mencionan que las relaciones románticas se basan en la expansión de la identidad y la idea de que las relaciones íntimas representan la inclusión mutua del otro dentro de la propia mismidad, este proceso puede dar como resultado una relación insana, donde no se incluya al otro sino que se engulla al otro.
DICOTOMÍA DEL AMOR Y DEL CARIÑO	Rubin (1970), al hablar de amor menciona que tiene que tener componentes: necesidades de afiliación/de dependencia, predisposición a ayudar, y exclusividad/absorción. Cuando no existe un equilibrio entre estos tres factores se puede llegar a una relación insana o adictiva.
TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR	Sternberg (1986) dice que el amor tiene tres componentes intimidad, pasión y compromiso, que dependiendo de cuál de los tres es el predominante el amor será fatuo, de compañero, consumado, etc. La adicción se puede dar cierta combinación de estos componentes.
TEORÍA DEL AMOR MARITAL	Beach y Tesser (1988), al ser una teoría basada en la de Sternberg (1986), mencionan que el amor no es visto como un componente independiente de los demás sino que resulta de la interacción de los mismos.





TEORÍA BIO-PSICO-SOCIO-CULTURAL	Díaz Loving (1999) al concebir a la pareja implicada al mismo tiempo desde diferentes aspectos (biológico, cultural, individual y conductual), da un panorama más amplio en el que se pueden comprender claramente cuáles son los aspectos que orillan a que una relación se puede volver de sana a adictiva.
---------------------------------	---

1.3.2 ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN AL AMOR?

Es de gran importancia resaltar que la primera acepción del término amor en el Diccionario de la Real Academia Española (2001) señala que es un “Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser”. Justamente esta definición se vincula claramente con la noción de adicción al amor o al menos así es como se ha conceptualizado este término en la actualidad. Asimismo, es de resaltarse que la cultura popular ha fomentado esta adicción, haciéndola ver como una fascinación romántica escondiendo el lado oscuro de las relaciones.

El amor es un vehículo ideal para la adicción porque puede demandar la conciencia de una persona; es decir, tiene algo que tranquiliza y consume, por tanto, una relación sexual o amorosa satisface perfectamente al concepto de adicción. Si debe –al igual que otras– ser modelada, fiable y liberadora, entonces en estos aspectos, también una relación se puede adaptar idealmente al objetivo adictivo.

La adicción amorosa es una de las nuevas “adicciones sin sustancias”, aunque es posiblemente tan antigua como el propio ser humano (Peele & Brodsky, 1975). Algunos trabajos (Melody & Wells, 1997; Peele & Brodsky, 1975/1991; Schaeffer, 2000) han estudiado este fenómeno comparándolo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados con sustancias, encontrando numerosas coincidencias que han justificado su denominación de “adicción”: necesidad irresistible de tener pareja y de estar con ella; priorización de la persona objeto de la adicción con respecto a cualquier otra actividad;





preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente (“*dependencia*”); sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura (“*abstinencia*”), con episodios depresivos o ansiosos, pérdida aún mayor de auto-estima, hostilidad, sensación de fracaso, etc.; y utilización de la adicción para compensar necesidades psicológicas (Howard, 2001).

En la adicción amorosa el punto de vista se focaliza en las relaciones interpersonales, es decir, en la existencia de una dependencia real hacia un objeto de adicción: la pareja. Como la relación se torna tan importante, empieza a haber un miedo exagerado al abandono o al rechazo de la persona objeto, y por ello se trata de controlar la relación por medio de juegos de poder, utilizando amenazas, manipulando a la persona por medio de la debilidad, o atacándola con mensajes de culpa. El adicto, necesita dar continuamente para no sufrir culpabilidad, ansiedad, enojo, miedo, etc. Y para mejorar su auto-estima (Retana Franco, 2004).

En clamor mutuo, cuando los amantes están separados, solo pueden pensar uno en el otro y desean saber todo el tiempo que estará haciendo su pareja. Se sienten incompletos y no-naturales; encuentran “difícil respirar”, pierden el apetito y sienten un vacío en el pecho. Imaginan lo peor cuando no están en compañía del otro, hay pánico cuando las cartas no llegan, las llamadas no aparecen o el plan de fin de semana es cancelado. Los amantes alternan entre la necesidad de ser cuidado y el deseo de proteger al otro.

Los adictos al amor, son un tipo de personas para quienes el afecto o el cariño desempeñan el mismo papel que los sedantes o estimulantes, en el sentido que son incapaces de retribuir amor; sólo experimentan una apremiante necesidad de ser amados (Schaeffer, 2000).

Una relación es *adictiva* cuando nos produce daño, perjudica nuestra salud física y emocional, sin embargo, no podemos librarnos de ella. Así como el adicto a una sustancia, necesita y tolera cada vez más sustancia tóxica para poder funcionar, las personas “**adictas al amor**” soportan increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen.





Peele y Brodsky (1975) definen adicción como: un estado inestable del ser, marcado por la compulsión a negar lo que se es o se ha sido, que privilegia una experiencia nueva y estática. La adicción, es un tumor maligno de las inclinaciones humanas. Nuestras necesidades son legítimas y cuando le roban tiempo y atención a asuntos muchos más importantes, se convierten en adicciones. Los términos que a menudo asociamos con la adicción son: obsesivo, excesivo, destructivo, compulsivo, habitual, atado y dependiente. Y si se examina la literatura sobre amor, algunas de estas palabras son también usadas para definirlo (Fisher, 2004; Hatfield & Rapson, 1993; Retana Franco & Sánchez Aragón, 2006; Sánchez Aragón, 2007; Sperling, 1987; Tennov, 1979; Yela, 2002).

Los teóricos de las relaciones mencionan que hay cuatro premisas básicas para las parejas los cuales son: 1) La necesidad de seguridad: igualmente por parte de hombres y mujeres. Esto nos alienta a seguir siendo niños que esperan que la protección provenga de otro y no uno mismo; 2) La necesidad de llenar algún vacío interior: el presupuesto que subyace en este motivo para emparejarse es el de que las cualidades personales pueden ser transferibles (Sheehy, 1985). El amor es una huida, un antídoto contra el descontento o aversión por uno mismo (Reik, 1955); 3) La necesidad de alejarse del hogar: aunque los matrimonios como fuga por lo común tienen por protagonistas a las mujeres, también existen casos entre los hombres y 4) La necesidad de prestigio o de alcanzar algo práctico: el compañero(a) conferirá un status superior o contribuirá en alguna forma a fomentar las ambiciones del otro (Sheehy, 1985).

Para algunos autores el amor en la sociedad, en el cual nos socializamos mediante todo tipo de presiones explícitas e implícitas (desde la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación en masas...) es una adicción, debido a sus características de dependencia, búsqueda de seguridad, necesidad del otro, estricta fidelidad sexual, renuncia de la independencia personal, ausencia de libertad, celos, rutina, adscripción irreflexiva a las convenciones sociales, "enclaustramiento mutuo" (Peele & Brodsky, 1975/1991).





Maslow (1954) crea una tipología del amor, diferenciando entre lo que llama "amor-d" (amor de deficiencia), caracterizado fundamentalmente por una actitud defensiva, separación entre los roles de género, obsesión por la infidelidad sexual, celos, percepción dicotomizada de la realidad y percepción idealizada del otro, y lo que denomina "amor-b" (amor del ser), caracterizado por la integración de las jerarquías de necesidades de ambos miembros de la pareja, de los roles de género, por el respeto de la individualidad propia y de la pareja, admiración por el otro, percepción realista del otro.

Al hablar del comportamiento amoroso desde el aspecto neuro-químico, algunos autores han establecido una interesante analogía entre el estado de enamoramiento y el producido por los efectos de algunas sustancias psicotrópicas como la cocaína: sensación de euforia, hiperactividad, falta de concentración, exageración, vivencias intensas, obnubilamiento, pérdida del sueño, del hambre y del cansancio físico, etc. (Liebowitz, 1983), o como la morfina (Panksepp, 1986), con sus correspondientes fases de "subida" (enamoramiento), "síndrome de abstinencia" y "tolerancia".

Para Foward (1993) es un estilo de enamoramiento apabullante, es como un flechazo, que te hace sentir como en un sueño.

El amor dependiente, es valioso como base para una relación fuerte, pero conlleva la mutua dependencia. Este tipo de amor es funcional en la medida que cada persona cumpla las necesidades del otro; los problemas surgen cuando las necesidades de la persona se vuelven excesivas que la relación se basa en una dependencia posesiva y neurótica. La mayoría de la gente necesita recibir y dar para permanecer emocionalmente saludable (Rice, 1997)

En amor sería la proyección de las necesidades de un individuo sobre un objeto de amor, manifestándose en la búsqueda de un compañero ideal que personifique estos ideales, sustentándose en el dar y recibir, siendo igual de importantes las necesidades propias como las del otro (Rage, 1999).

Una relación es *adictiva* cuando nos produce daño, perjudica la propia salud física y emocional y, sin embargo, no podemos librarnos de ella. Así como el adicto a una sustancia, necesita y tolera cada vez más sustancia tóxica para poder funcionar, las





personas “**adictas al amor**” soportan increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen.

Mellody y Wells (1997) llama relaciones adictivas a aquéllas que son laberintos sin salida o historias que sólo pueden terminar mal, o bien a aquellos insistentes apegos a personas inalcanzables e incapaces de comprometerse, o que ya están comprometidos; o a relaciones que carecen de lo que uno o ambos miembros de la pareja necesitan: amor, ternura, sexualidad, honestidad, apoyo emocional. Y, en los casos más extremos, a relaciones que son campos de batalla donde la rabia y el abuso predominan.

La adicción al amor es la búsqueda de apoyo en alguien externo a uno mismo en el intento por cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, solucionar problemas y mantener el equilibrio (Schaeffer, 2000).

Por su parte, Howard (2001) menciona que la adicción al amor es un sentimiento de estar incompleto, de vacío, desesperación, tristeza y de sentirse perdido, que la persona cree que sólo puede remediar a través de su conexión con algo o alguien fuera de sí mismo.

Para Foward y Craig (2004) la adicción inicia al igual que el amor sano, es decir, se tienen latidos de corazón más rápidos, se ruborizan, secretan adrenalina, se experimentan cambios hormonales y el cerebro libera endorfinas. Durante este entusiasmo, se ve al amante con lentes de color rosa, es decir únicamente vemos lo que deseamos y se filtran las percepciones a través de expectativas de sueños románticos. Esta percepción selectiva de la realidad se llama “idealización”, en las relaciones sanas, dicha idealización ayuda a los amantes a creer que por fin encontraron a la persona de sus sueños, sin perder de vista la realidad. En el caso de la adicción creen que esta es la única e insuperable persona mágica que puede satisfacer todas sus necesidades. Los adictos creen realmente que su “persona mágica” por si solo les puede brindar felicidad y satisfacción, solucionar todos sus problemas, hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida.





Para estos amantes el renunciar a la relación nunca es una opción, ya que para ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad.

El concepto de "adicción al amor" es un trastorno, que se caracteriza, más allá de imperiosa necesidad y el deseo, por un patrón problemático de las relaciones amorosas donde existe una angustia significativa con la búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas. Por lo que se entiende entonces que en el amor adictivo el placer, el sufrimiento, la motivación y la recompensa son proporcionados por el ser querido y mediada sobre todo por la relación emocional (Reynaud, Karila, Blecha & Benyamina, 2010)

Es importante hacer notar que Peele y Brodsky (1975) subraya la diferencia ente lo que denomina *amor "adictivo"* y un *amor "maduro"*. El primero se refiere a la dependencia, búsqueda de seguridad, necesidad del otro, celos, rutina, enclaustramiento de la pareja, etc. Este amor es análogo a una adicción (como pueden ser las adicciones a otros objetos, sean la televisión, la comida, la religión o las drogas) y es origen de multitud de problemas y sufrimientos. En el polo opuesto, cabría concebir un *amor maduro* (definido básicamente con el deseo alegre vs. la necesidad acuciante de compartir lo mejor de uno mismo y el otro). Se basaría en el equilibrio entre el compromiso y la independencia, la capacidad de disfrutar en soledad, auto-aceptación y el desarrollo de criterios éticos propios. El amante maduro se valora a sí mismo, se siente crecer personalmente gracias a sus relación de pareja, vive sus relación integrada con el resto de sus esferas vitales (labora, familiar, ociosa...), no siente celos por los nuevos intereses y/o relaciones personales de su pareja, dese la felicidad de su pareja frecuentemente y no distorsiona la realidad para que su pareja se sienta mejor, halagada o más amada.

Se puede decir que la adicción al amor, es un trastorno que hace sentir a la persona como en un sueño, en donde se intentan cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, ya que el individuo se siente incompleto, vacío, desesperado, triste y perdido solo cree que este dolor se puede remediar a través de su





conexión alguien fuera de sí mismo. Creen que su pareja es la única e insuperable “persona mágica” que puede satisfacer todas sus necesidades, les brinda felicidad y satisfacción, al solucionar todos sus problemas, al hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida, por lo que existe posesión, celos, rutina y enclaustramiento de la pareja. Existe en ellos una angustia significativa con la búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas al soportar increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen. Para estos amantes, el renunciar a la relación nunca es una opción, ya que ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad. Que de aquí en adelante, son las definiciones de amor y de adicción al amor que se tomarán como base para el presente estudio.

La elección de una pareja representa la culminación de todo un proceso que incluye el desarrollo de la personalidad y las habilidades psico-emocionales, sociales y mentales; si un individuo durante su infancia, niñez, pubertad y adolescencia temprana no ha logrado una integración de los aspectos antes mencionados, es muy probable que se enfrente a problemas en el momento de elegir a un compañero. Los problemas pueden ser de socialización, de establecimiento de vínculos emocionales, de posibilidades de comunicación, confianza o de elección, ya que como la persona puede presentar graves carencias psíquicas y emocionales, solo podría establecer relaciones con personas que presenten las mismas carencias. Este es el germen de las relaciones de pareja destructivas (Miranda & Bezanilla, 2007).

1.3.3 ADICCIÓN SEXUAL, CODEPENDENCIA Y ADICCIÓN AL AMOR ¿SON LO MISMO O NO?

La **adicción al sexo** se caracteriza porque el objetivo de la conducta es más la reducción de un malestar que la obtención de un placer. El sexo se convierte en un remedio para reducir la ansiedad y la actividad sexual se transforma en algo morboso y obsesivo (Mellody & Wells, 1997). Consiste en un exceso desbordante de deseos y conductas





sexuales que el sujeto se siente incapaz de controlar. El impulso se traduce en una conducta sexual breve, frecuentemente poco satisfactoria, que se repite a intervalos variables siempre cortos – entre algunas hora y escasos días- con personas distintas y sin respetar perjuicios que le ocurren a él/ella y a su familia.

Myers (2000) comenta que el comportamiento sexual adictivo, no solo se hace evidente en la extraordinaria frecuencia de la actividad sexual y la capacidad de reemplazar un compañero por otro (generalmente uno o más compañeros por día durante períodos variables), sino que también se debe destacar el objetivo de la “auto-medicación psicológica” de dicho comportamiento, dirigido hacia el alivio de un estado subyacente de incapacidad de disfrutar y de salir así de la depresión.

Carnes (1983) también clasifica a estos trastornos como adicciones; los ve similares a los de abuso de drogas, en el sentido de que ambos son formas de búsqueda de placer que se vuelven habituales y auto-destructivas, donde la vida sexual se vive en secreto y con culpa.

El DSM-IV (2000) no la incluye dentro de los desórdenes sexuales especificados, tampoco en los no especificados, ni en Parafilias o Parafilias no especificadas. Pero si lo hace con trastornos por aversión al sexo, aunque la adicción sexual comparte con éstos varios criterios, considerando que cerca del 72% de los adictos sexuales evidencian síntomas de aversión sexual, ó como se lo llama algunas veces, anorexia sexual -aversión al deseo- (Carnes & Kenneth, 2002).

Por su parte, la **co-dependencia** emocional es un tema que ha sido conceptualmente equiparada con la adicción amorosa. Sin embargo, la equivalencia de contenido no es total y es que en la adicción amorosa el punto de vista se focaliza en la relación interpersonal, es decir, en la existencia de una dependencia real hacia un objeto de adicción: la pareja. Mientras que el dependiente emocional no necesariamente tiene que estar involucrado en una relación para serlo (Retana Franco, 2004).

Whitfield (1991) plantea que la co-dependencia es una *adicción en sí misma* que surge de enfocarse en el ambiente externo del individuo tanto que éste llega a olvidarse de sus procesos internos (emociones y deseos). La co-dependencia, entonces, puede





verse como una parte de un largo proceso adictivo independiente de la dependencia química. La co-dependencia puede existir independientemente de si la relación del co-dependiente es con una persona dependiente química o no (O'Brien & Gaborit, 1992).

En la adicción al amor, uno espera que su pareja y su relación llene todas sus necesidades y demandas. En el caso de la co-dependencia, uno busca a un amante débil que pueda ser más controlable, y menos capaz de huir de la relación (Peele & Brodsky, 1991). La adicción sexual es la manera compulsiva de realizar actos sexuales para sentir un breve bienestar que después de todo le acarreará culpa y vergüenza. Así se puede observar que estos tres conceptos son distintos entre sí y el más amplio de ellos es la adicción al amor ya que pueden, o no, estar los otros padecimientos dentro de él.

1.4 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ADICCIONES PSICOLÓGICAS Y QUÍMICAS

Existen una serie de características definatorias de la adicción que comparten tanto las drogodependencias, como las adicciones no tóxicas que las singularizan y algunas de ellas las distinguen de cualquier otro problema psicológico o psicopatológico. *Éstas son:* 1) *tolerancia*, 2) *abstinencia*, 3) *pérdida de control de impulsos*, 4) *control de la conducta mediante claves externas e internas*, 5) *pérdida de interés por otras actividades gratificantes* y 6) *interferencias con otras actividades cotidianas* (Chóliz, 2006). Sin embargo, el núcleo fundamental de todas las adicciones es el "síndrome de abstinencia" que se caracteriza por: a) un impulso intenso por realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona (*craving*), b) tensión creciente hasta que la conducta es llevada a cabo, c) desaparición temporal de la tensión, d) vuelta gradual del impulso con fuerza creciente, que está asociada a la presencia de estímulos internos, e) condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos (Echeburúa, 2000).

En ambos tipos de adicciones (psicológicas y químicas) se puede decir que existe una pérdida del control, pero es posible diferenciar que en las drogas químicas con una dosis de droga el síndrome de abstinencia se controla; sin embargo, en las adicciones





psicológicas, por el contrario, el adicto puede pasar horas o incluso días, realizando la actividad sin que ello ponga fin a su abstinencia (García-Andrade, 1993).

Al abordar las adicciones, se ha podido identificar que el elemento adictivo no está en la sustancia (como el alcohol, el tabaco o un narcótico) sino en *la persona que sufre la adicción*. Actualmente no se ha logrado identificar las causas de las adicciones pero se sabe que la etiología es compleja y multifactorial. Algunas de las maneras en que se ha intentado entender a las adicciones es planteando factibles explicaciones o modelos sobre su dinámica y funcionamiento. A continuación se mencionan algunos.

1.5 MODELO BIOLÓGICO Y MODELOS PSICOLÓGICOS DE LAS ADICCIONES

Para poder comprender como es que se da el proceso adictivo en los seres vivos se ha planteado que el sistema más involucrado es el sistema dopaminérgico y que a partir de él que se generan las adicciones ya que existe una modificación en su sistema.

1.5.1 MODELO BIOLÓGICO

1.5.1.1 DOPAMINA Y CONSUMO CRÓNICO DE DROGAS

El *sistema dopaminérgico* es uno de los elementos cruciales en el trastorno adictivo, cuya implicación e importancia han confirmado repetidamente los estudios realizados en este campo.

Estudios experimentales sobre roedores, han puesto de manifiesto que la administración aguda de psicoestimulantes (Pierce & Kalivas 1997), alcohol (Ericson, Molander, Lof, Engel & Soderpalm 2003; Boileau et al., 2003) y opiáceos (Di Chiara e Imperato 1986; Rouge-Pont et al., 2002) provoca un incremento en la actividad del sistema dopaminérgico de la recompensa, que en individuos vulnerables puede significar el inicio del proceso adictivo (Nestler & Aghajanian 1997; Nestler, 2001). En este sentido, las sustancias adictivas, se comportan de manera similar a las recompensas





naturales la bebida, el sexo o las relaciones sociales (Schultz, 1998; Schultz, Dayan & Montague, 1997).

La adicción comienza como una conducta instrumental cuyo objetivo –obtención y consumo de la droga – es estimulado por las cualidades hedónicas de la sustancia, con el aumento subsiguiente de la frecuencia de consumo. La *dopamina mesolímbica* es el neurotransmisor crucial en el aprendizaje apetitivo instrumental (Beninger & Miller, 1998; Sutton & Beninger 1999). Durante el consumo crónico se produce una situación bifásica en la liberación de *dopamina*. Por una parte, en el momento de la ingesta existe una elevación de los niveles de *dopamina* extracelular, y por otra, al cesar el consumo, se manifiesta una disminución de la liberación endógena de *dopamina*. La hipofunción *dopaminérgica endógena* se ha observado durante la abstinencia de las distintas drogas de abuso, cocaína (Ackerman & White, 1992; Ackerman & White, 1992; Wu et al., 1997), morfina (Pothos, Rada, Mark & Hoebel, 1991; Acquas & Di Chiara, 1992), alcohol (Diana, Pistis, Carboni, Gessa & Rossetti, 1993 ; Rossetti, Melis, Carboni, Diana & Gessa, 1992) y nicotina (Hildebrand, Nomikos, Hertel, Schilstrom & Svensson, 1998), y afecta de manera especial al *estriado ventral* (Martínez et al., 2003; Heinz et al., 2005). Durante la abstinencia, la *hipofuncionalidad dopaminérgica* se asocia a cambios neuro-adaptativos que afectan, principalmente, a los circuitos de la recompensa. Estudios recientes han puesto de manifiesto un aumento de la actividad del *AMPC* y del *factor de transcripción CREB* (*cAMP response element binding protein*) en el *núcleo accumbens* (*NAc*), que a su vez provocarían una hipo-actividad en los circuitos de la recompensa que podría ser responsable del estado de ánimo disfórico durante las primeras fases de la abstinencia (Nestler, 2001).

El déficit en la actividad dopaminérgica durante el curso crónico podría contribuir a los fenómenos de hipersensibilidad dopaminérgica descritos en los modelos experimentales (Robinson & Berridge, 1993) y podría ser uno de los sustratos neurobiológicos de la recaída en el consumo.



1.5.1.2 RECEPTORES DOPAMINÉRGICOS

El consumo crónico de sustancias adictivas favorece el desarrollo de cambios neuroadaptativos que afectan a distintos niveles del *sistema dopaminérgico* (Ver figura 2; Fernández-Espejo, 2002), principalmente a los receptores D1 y D2.

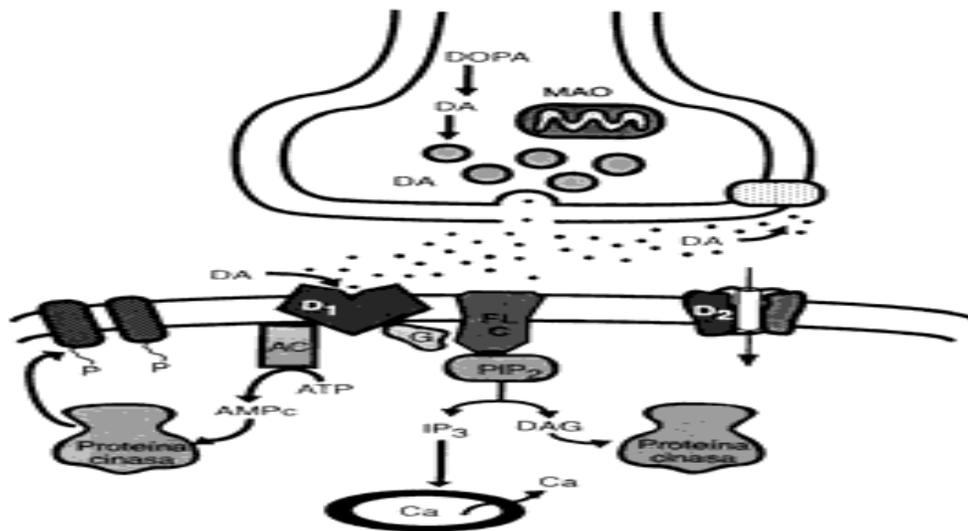


Figura 2. Receptores dopaminérgicos

Receptores D1

Los receptores dopaminérgicos *D1* desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la adicción y se han relacionado con la sensibilización inducida por el consumo crónico de drogas, en especial por los psico-estimulantes. Dos tipos de cambios neuro-adaptativos afectan a los *receptores D1*: por una parte, se ha descrito una regulación al alza de los *receptores D1* que, se manifiesta durante los primeros días de abstinencia tras la interrupción de la administración de cocaína (Alburges, Narang & Wamsley, 1993; Unterwald, Kreek & Cuntapay, 2001), alcohol (Djouma & Lawrence, 2002; Lograno et al., 1993) y opiáceos (May, Julifs & Wolffgramm, 1998). El aumento en la densidad de *D1* implica tanto al *NAc* como al *estriado dorsal*.





Por otra parte, la sensibilización inducida por el consumo crónico de la droga se ha asociado a un aumento de la respuesta de los *receptores D1*, que persiste durante un mes después del inicio de la abstinencia (Henry & White, 1995; Henry, Hu & White, 1998). Tanto la regulación al alza de *D1* como el incremento de la respuesta de este receptor desempeñan un papel importante en la sensibilización dopaminérgica inducida por el consumo crónico de drogas de abuso.

Receptores D2

Uno de los parámetros más estudiados en la adicción a sustancias es la densidad de receptores dopaminérgicos de la familia *D2 (D2-like)*; sin embargo, los datos existentes en la literatura científica son a veces contradictorios. En roedores, se ha descrito una regulación al alza de los *receptores D2* que implica tanto al *NAc* como al *estriado dorsal*. El aumento en la densidad de *D2* se ha observado tras la interrupción de la administración repetida de cocaína (Peris et al., 1990; Unterwald, Ho, Rubenfeld & Kreek, 1994; Wallace, Mactutus & Booze, 1996), alcohol (Djouma & Lawrence, 2002; Rommelspacher, Raeder, Kaulen & Bruning 1992; Souza-Formigoni et al., 1999) y opiáceos (Izenwasser, Thompson-Montgomery, Deben, Chowdhury & Werling, 1998). Sin embargo, otros trabajos aportan datos que no son coincidentes con los anteriores, ya que no han hallado cambios en la densidad de los *receptores dopaminérgicos* después de la administración repetida de drogas de abuso e, incluso, otros han descrito una disminución de la densidad de estos receptores en la *región del estriado* (Chen, Su, Huang & Hsieh, 1999; Vasconcelos et al., 2003).

Recientemente, se ha relacionado un subtipo de receptores de la familia *D2*, los *receptores D3*, con la sensibilización dopaminérgica asociada a la administración repetida de estimulantes. Los receptores *D3* están presentes normalmente en el *shell* del *NAc*, pero no lo están o se expresan en muy poca proporción en el *core* del *NAc* y en las *regiones dorsales del estriado*. En roedores a los que se ha lesionado unilateralmente la *vía nigroestriada*, se ha registrado una regulación al alza de la densidad de los *receptores D3* tras la administración repetida de *agonistas dopaminérgicos*, que se asocia a un aumento





de la actividad motora. El aumento de *D3* se produce precisamente en regiones del *estriado dorsal* y en el *core* del *NAC*, donde *D3* está normalmente ausente (Bordet et al., 1997). Actualmente, se conoce que la expresión de los receptores *D3* depende del factor *neurotrófico BDNF* y se ha sugerido que este receptor podría ser - en parte-, responsable de la sensibilización dopaminérgica y de los síntomas de tipo psicótico, inducidos en algunos individuos, por el consumo de psicoestimulantes (Guillin et al., 2001; Sokoloff, Guillin, Díaz, Carroll & Griffon, 2002).

En humanos adictos, los resultados obtenidos en relación con la densidad de receptores *D2* es mucho más homogénea que en los estudios experimentales en animales. En este sentido, se ha descrito una regulación a la baja de los receptores dopaminérgicos en el estriado de los pacientes en comparación con los controles sanos. La disminución de *D2* se ha observado en pacientes adictos a los psicoestimulantes, como la anfetamina (Volkow et al., 2001) y la cocaína (Martínez et al., 2004), y en la adicción a los opiáceos (Wang et al., 1997) y al alcohol (Heinz et al., 2004; Martínez et al., 2005). En pacientes con dependencia del alcohol se han observado diferencias individuales en la densidad de *receptores dopaminérgicos estriatales* tras la desintoxicación, que podrían ser relevantes en los procesos de recaída. En un estudio, los pacientes que recayeron de manera precoz, mostraron una mayor disponibilidad de receptores *D2* (que podría implicar menor nivel de *dopamina sináptica* o mayor densidad de receptores) que los pacientes que se mantuvieron abstinentes (Guardia et al., 2000).

Algunos autores, han propuesto que la disminución en la expresión de los receptores *D2* en pacientes adictos podría preceder a la adicción y estar presente antes del primer contacto con la droga. Datos procedentes de distintos estudios avalan esta hipótesis. En pacientes dependientes, la disminución de la densidad de *D2* persiste después de varios meses de abstinencia (Volkow et al., 1993). Los estudios genéticos han relacionado la adicción a sustancias con el *alelo A1* del *gen DRD2* (Noble, 2000), que también desempeña un papel importante en las adicciones no químicas, como el juego patológico (Comings et al., 1996). La disfunción de los *receptores D2* podría estar en la base de lo que se ha denominado “síndrome de déficit de recompensa” (Comings &





Blum, 2000), que predispondría a las conductas adictivas como un intento de compensar la sensación básica de malestar (auto-medicación) (Khantzian, 1985).

Considerando en conjunto estos resultados, y a pesar del consenso actualmente aceptado acerca de la disminución de la densidad de *D2* en humanos adictos, no puede descartarse la coexistencia simultánea de fenómenos de sensibilización en estos receptores (regulación al alza), sobre todo durante las primeras fases de la abstinencia. La sensibilización de los receptores dopaminérgicos, que afectaría principalmente al subtipo *D3*, quedaría enmascarada por procesos de neuro-adaptación con una regulación a la baja de *D2* y, posiblemente también, por la coexistencia de una expresión disminuida de *D2*, genéticamente determinada, que podría actuar como factor de vulnerabilidad para la adicción.

1.5.1.3 FUNCIÓN DOPAMINÉRGICA PREFRONTAL

Aunque las drogas adictivas presentan una gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común en ellas, que es la activación de la *vía mesolímbica dopaminérgica*, crítica en el proceso de dependencia y adicción (Leshner, 1997; Melichar, Daglish & Nutt, 2001; Shippenberg & Elmer, 1998). Esta vía nace en el *área tegmental ventral (ATV)*, y su activación durante el consumo agudo induce el incremento en la tasa de liberación de *DA* y una regulación al alza en los niveles de *AMPC* en el *núcleo accumbens (NAC)* y la *amígdala extendida*, áreas que se relacionan decisivamente con la recompensa y con el aprendizaje para el consumo (Nestler & Aghajanian, 1997; Wise, 2000). Así, los psico-estimulantes (anfetamina y cocaína) incrementan directamente la liberación de *DA* en dicha vía, por medio de la inhibición del transportador de *DA* (ambas) o con el aumento de la exocitosis (anfetamina). Los opiáceos actúan sobre receptores opioides tipo *mu* e inhiben las inter-neuronas *gabérgicas* y estimulan las neuronas *dopaminérgicas* de la *ATV*. El alcohol y la nicotina activan los circuitos locales opioides de encefalinas del *ATV* y estimulan las neuronas del *ATV*. La nicotina también actúa directamente sobre receptores nicotínicos localizados en las





neuronas del *ATV* y del *NAC*, y estimulan la actividad *dopaminérgica mesolímbica* - demostrado recientemente en humanos por Salokangas et al. (2000)-. Los cannabinoides actúan sobre receptores tipo *CB1* localizados en las neuronas dopaminérgicas del *ATV* y *NAC*; la fenciclidina y el éxtasis aumentan la liberación de *glutamato en el ATV*, que, a su vez, estimula las *neuronas dopaminérgicas*. Los ansiolíticos benzodiazepínicos y el alcohol actúan sobre receptores tipo *GABAA* en el *NAC* y la *corteza prefrontal*, que, a su vez, modulan la actividad *dopaminérgica* (procedente del *ATV*) en dichas áreas.

Se cree que la vía mesolímbica dopaminérgica participa, fisiológicamente, en la creación de hábitos de conducta tras estímulos reforzadores naturales (comida, bebida, sexo). La adicción sería, por tanto, una perturbación crónica de esta vía inducida por la droga, y se crearía un hábito patológico cuyo fin es el consumo de la droga (estímulo reforzador aberrante). La activación de la vía *dopaminérgica mesocortical*, que también nace en el *ATV*, ocasiona hiperactividad dopaminérgica en la *corteza prefrontal*, cuyo significado no está claro, pero que podría mediar en el proceso de aprendizaje y desarrollo del hábito asociado al consumo. Es evidente que el *ATV* desempeña un papel de primer orden en el desarrollo de la adicción y la dependencia.

Finalmente, los *núcleos del rafe* son la fuente principal de serotonina en el *encéfalo*, y su activación subyace al aumento en la liberación de serotonina en la fase aguda de consumo, que parece ser que participa en fenómenos de recompensa en el *NAC* y la *corteza frontal*, en paralelo a la hiperactividad dopaminérgica, principalmente tras el consumo de psicoestimulantes (cocaína, anfetamina) y éxtasis (Liechti & Vollenweider, 2000).

El *córtex prefrontal (CPF)* está implicado en los aspectos motivacionales de la conducta dirigida a objetivos (Goldstein et al., 2002; Tremblay & Schultz, 1999) y su alteración funcional puede explicar, en parte, la conducta compulsiva de búsqueda de droga que caracteriza la adicción (Volkow & Fowler, 2000). Aunque la densidad de receptores dopaminérgicos en las *regiones prefrontales* es mucho menor que en el estriado (Lidow, Goldman-Rakic, Rakic & Innis, 1989), los cambios neuroadaptativos en los receptores *D1* y *D2* prefrontales provocados por el consumo crónico desempeñan un





papel fundamental en el curso de la adicción (Lewis & O'Donnell, 2000). Recientemente se han descrito cambios funcionales neuroadaptativos en las *células piramidales del CPF* durante el consumo crónico, que afectan a la *proteína G* del sistema de señalización intracelular del receptor *dopaminérgico D1*. Ello induce un desequilibrio entre los receptores *D1* y *D2*, que favorece la actividad de tipo *D1* en detrimento de la actividad propia de los receptores *D2* (Bowers et al., 2004). El predominio de la actividad *D1* favorece un estado inhibitorio en el que sólo los estímulos más fuertes pueden provocar activación y motivar la conducta. En estas condiciones, en pacientes adictos, sólo la droga y los estímulos asociados a la droga (y no los reforzadores naturales) son suficientemente fuertes para provocar la liberación de la dopamina necesaria para activar el *CPF* y sobrepasar la inhibición producida por el predominio de la activación de los receptores *D1* (Kalivas, Volkow & Seamans, 2005; Lewis & O'Donnell, 2000).

Los estudios experimentales han mostrado que, en las fases iniciales, la administración continuada de cocaína afecta sólo a algunas regiones del *CPF* (Porrino et al., 2002) y que, a medida que la adicción progresa, la afectación del *CPF* avanza influyendo profundamente en la capacidad funcional de esta estructura. Los cambios en la función del sistema dopaminérgico en el *CPF* son responsables de algunas de las alteraciones cognoscitivas propias de la adicción, como la falta de flexibilidad cognoscitiva y la dificultad para cambiar el foco de atención. Estas alteraciones están también presentes en otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia (Castner, Vosler & Goldman-Rakic, 2005).

Con la finalidad de tratar la adicción a sustancias se han realizado estudios farmacológicos que han evaluado la utilidad de diferentes fármacos dopaminérgicos en el tratamiento de las alteraciones que afectan al *CPF*. Algunos estudios han evaluado el uso de antagonistas dopaminérgicos en el control de los efectos de la exposición repetida a drogas de abuso como la anfetamina.

Sin embargo, los fármacos antagonistas dopaminérgicos no previenen la recaída en el consumo provocado por la exposición a cocaína (Capriles, Rodaros, Sorge & Stewart, 2003; McFarland, Davidge, Lapish & Kalivas 2004). Aunque el bloqueo de la





neurotransmisión dopaminérgica selectiva en algunas regiones cerebrales puede ser útil en el control de la conducta adictiva, la utilización de fármacos antagonistas dopaminérgicos, administrados por vía sistémica, no es útil en pacientes adictos por los problemas que conlleva el bloqueo generalizado del sistema de neurotransmisión dopaminérgico.

1.5.1.4 LIBERACIÓN CONDICIONADA DE DOPAMINA EN LA ADICCIÓN

Estímulos ambientales -estrechamente relacionados en tiempo y espacio con los efectos de la droga- como la luz o un sonido, que predicen la administración del refuerzo, pueden convertirse en estímulos condicionados a través de un proceso de condicionamiento pavloviano. Este efecto de los estímulos condicionados tiene gran relevancia clínica y se producen cuando estos pacientes acuden a lugares próximos al consumo o cuando están en contacto con personas relacionadas con la droga.

Un estudio reciente que utiliza un programa de condicionamiento, ha demostrado que la presentación inesperada (no contingente) de estímulos condicionados provoca un aumento selectivo de la *dopamina* extracelular en el *core*, pero no en el *shell*, del NAc (Ito, Dalley, Howes, Robbins & Everitt, 2000). De acuerdo con estos datos, el *core* sería la región implicada en los efectos dopaminérgicos provocados por los estímulos condicionados (David, Zahniser, Hoffer & Gerhardt, 1998). Existen evidencias de que el *shell* es el responsable del procesamiento de los reforzadores primarios como la comida (Bassareo & Di Chiara, 1999) y las drogas de abuso (Carlezon & Wise, 1996), mientras que el *core* estaría implicado en los efectos condicionados de las drogas de abuso a través de las conexiones de esta estructura con la *amígdala* (Cardinal, Parkinson, Hall & Everitt, 2002; Hall, Parkinson, Connor, Dickinson & Everitt, 2001).

La *amígdala* es una estructura estratégicamente situada para el procesamiento de los estímulos condicionados, ya que recibe proyecciones dopaminérgicas procedentes del ATV, que a través del *núcleo central* y *basolateral*, se proyectan sobre el *core* del NAc. A través de las conexiones del NAc con los núcleos motores del *estriado dorsal*, el estado





motivacional generado por los estímulos condicionados puede poner en marcha conductas de búsqueda de sustancias y precipitar la recaída. Los estudios neurobiológicos que muestran que el consumo de drogas, como la cocaína, provoca un aumento de la neurotransmisión dopaminérgica en la *amígdala*, dan soporte a esta organización funcional (Everitt et al., 1999; Tran-Nguyen et al, 1998). Asimismo, la infusión de anfetamina en el *núcleo basolateral* de la *amígdala* provoca un aumento de los niveles de dopamina y un incremento del impacto motivacional de los estímulos asociados al consumo de la droga, que favorece la recaída en el consumo en modelos animales de adicción (Ledford, Fuchs & See, 2003).

Los estudios farmacológicos que utilizan fármacos con actividad sobre los receptores dopaminérgicos de las familias *D1* o *D2* confirman la implicación de la *amígdala* en el procesamiento de los estímulos condicionados a la droga. La administración de antagonistas dopaminérgicos de los receptores *D1* y *D2*, en la *amígdala*, disminuye la recaída provocada por la presentación de estímulos asociados al consumo de cocaína, en modelos animales de adicción (Berglind, Case, Parker, Fuchs & See, 2006; Ciccocioppo, Sanna & Weiss, 2001). Los receptores *dopaminérgicos D3*, que se concentran particularmente en el *NAc* y la *amígdala*, desempeñan un papel especial en el control de la conducta de búsqueda de la droga, lo cual se ha puesto de manifiesto en modelos animales de adicción.

1.5.1.5 NEUROADAPTACIÓN CON CAMBIOS CELULARES PERMANENTES

Durante el consumo crónico tienen lugar fenómenos de neuro-adaptación, que podrían representar una reacción del organismo tendente a retomar la homeostasis o equilibrio orgánico, fundamental para la vida. Sin embargo, hay cambios críticos intracelularmente y se desarrolla una sensibilización en la liberación de *DA mesolímbica*, hechos que resultan de gran importancia en el establecimiento de la dependencia crónica y de la abstinencia tras el cese del consumo.





En animales de experimentación y estudios *post mortem* del cerebro de adictos a opiáceos, se ha detectado que el consumo crónico se suele acompañar de una disminución del número de receptores celulares que responden a la droga (tras su internalización) en las neuronas de la vía mesolímbica, y no hay aumento del AMPc en centros neurales como el NAC o la amígdala, al contrario de lo que sucede en la fase de consumo agudo. Estos efectos representan fenómenos de neuro-adaptación.

1.5.1.6 EL ÁREA TEGMENTAL VENTRAL Y LA ADICCIÓN MEDIADA POR SENSIBILIZACIÓN

Estudios experimentales en roedores han puesto de manifiesto que la administración o exposición repetida a drogas opiáceas y psico-estimulantes da lugar a un incremento progresivo de sus efectos conductuales y de recompensa, fenómeno llamado 'sensibilización conductual', lo que puede observarse incluso tras años del cese del consumo de la droga (Kalivas & Duffy 1993; Kolta, Shreve, DeSouza & Uretsky, 1985; Kolta, Shreve, DeSouza & Uretsky, 1985; Piazza, Deminière, LeMoal & Simon, 1989; Vezina, Pierre & Lorrain, 1999). Numerosos estudios indican que este fenómeno de sensibilización parece mediar por el sistema mesolímbico dopaminérgico, que nace en el ATV y se dirige a áreas de control motor y límbico, como el NAC y la *amígdala*, regiones cerebrales que median numerosos procesos emocionales y de aprendizaje motor (Kalivas & Stewart, 1991; Robinson & Becker, 1986; Wise, 1998). La administración aguda de diversas drogas, incrementa la liberación de DA en dichas áreas, y esta liberación se refuerza con el consumo crónico de la droga, lo que se denomina "sensibilización dopaminérgica" (Di Chiara et al., 1999; Leshner, 1997; Shippenberg & Elmer, 1998), fenómeno paralelo a la 'sensibilización conductual'.

Hay dos fenómenos morfo-neuroquímicos básicos en el proceso de la sensibilización: 1) El proceso se inicia por cambios permanentes sinápticos en el ATV; 2) Estos cambios se median por el incremento de la actividad de *glutamato* en dicha área, que, a su vez, sensibiliza los receptores D1 de DA y origina una respuesta aumentada de las neuronas dopaminérgicas de esta región (Cador, Bijiou & Stinus, 1995; Cador, Bijiou,





Cailhol & Stinus, 1999; Kalivas & Weber, 1988). Por tanto, el *glutamato* da lugar a fenómenos de neuroplasticidad que ocasionan la sensibilización. El incremento de la actividad *dopaminérgica* en *ATV* también se pone de manifiesto por el aumento de marcadores *glutamatérgicos*, como los receptores *NMDR1* sitios en neuronas de *DA*, y de la expresión de *tirosinahidroxilasa (TH)*. Además, en el *NAC*, diana del *ATV*, se detecta un incremento en la expresión de *AMPC*, *PKA*, y *delta-Fos* (Messer, Eisch, Carlezon, Whisler & Shen, 2000). La acción de factores neurotróficos mediaría cambios permanentes en el circuito neuronal del *ATV*, como modificaciones en el tamaño neuronal, desarrollo de filamentos gliales, atrofia de neurofilamentos, etc. (Messer et al., 2000). De hecho, en circuitos relacionados con la memoria/aprendizaje, estos cambios plásticos debidos a factores neurotróficos acompañan a tareas de aprendizaje a largo plazo. Esto supone un interesante paralelismo entre la adicción y los procesos de memoria/aprendizaje, donde subyacen cambios plásticos de circuitos neuronales (Wise, 1998). La acción de los factores neurotróficos es dual: algunos parecen inducir sensibilización, y otros, la antagonizan. Así, la administración de *BDNF* o *GDNF* en el *ATV* ocasiona el bloqueo de la sensibilización a la morfina o cocaína en ratas. Sin embargo, la infusión de *bFGF* o *NT3* ocasiona un aumento de la sensibilización a la morfina o cocaína (Flores & Stewart, 2000).

1.5.1.7 CAMBIOS CELULARES AL CESAR EL CONSUMO DE DROGA

Los cambios celulares también participan en la emergencia de los síntomas de la abstinencia tras el consumo de droga. Además, hay fenómenos de rebote morfofuncional y neuro-químicamente. Entre ellos, destaca el incremento agudo de *AMPC* mesolímbico y amigdalino y, en consecuencia, de los mediadores intracelulares que participan en su vía. Los cambios serían responsables de la sintomatología somática (conductual y vegetativa) y emocional de la abstinencia. En el ser humano, el cuadro clínico es de mayor o menor gravedad según el tipo de droga. Así, los opiáceos inducen una abstinencia florida con anhedonia, depresión, temblor, sudación, molestias





abdominales, diarrea, hipertensión, etc. El alcohol puede producir cuadros delirantes e intensa sintomatología vegetativa. Otras drogas, como la cocaína, producen cuadros de abstinencia más leves.

En el *área gris periacueductal* se detecta una *hiperactividad gabérgica*, que podría relacionarse con la gravedad vegetativa del síndrome, junto con el aumento de la actividad del eje *hipotálamohipofisarioadrenal (HHA)*, que se manifiesta por el aumento de factor liberador de *corticotropina (CRF)* y de hormona *adrenocorticotropa (ACTH)* sanguínea, así como de corticoides sanguíneos.

1.5.1.8 HÁBITOS Y SU APRENDIZAJE

La conducta de consumo de drogas de abuso es -en sus fases iniciales-, una acción instrumental, motivada y dirigida a un claro objetivo: la obtención de placer, bienestar y euforia, proporcionados por la droga. Sin embargo, con el tiempo y el entrenamiento, las acciones inicialmente dirigidas a objetivos se transforman en habituales, activadas por mecanismos estímulo-respuesta, y adquieren la forma de un hábito de conducta. En esta segunda fase, el control de la conducta, determinado inicialmente por la actividad del *CPF*, se va transfiriendo progresivamente a la actividad de los núcleos subcorticales a través de los circuitos cortico-estriato-corticales, que controlan la conducta de manera automática. La estructura del sistema nervioso directamente implicada en la formación de hábitos de conducta con inclusión de los hábitos asociados al consumo de drogas, es el estriado dorsal (Everitt & Wolf, 2002). Este proceso libera al *CPF* del control, que puede dedicarse al procesamiento de informaciones nuevas, mientras deja para los circuitos y núcleos subcorticales los procesamientos de tipo automático. En esta situación, el consumo de la droga se mantiene a pesar de que el objetivo último de la conducta (obtención de placer) se ha devaluado y la conducta ya no está bajo el control voluntario por parte del sujeto (Robbins & Everitt, 1999). La alteración funcional del *CPF*, debida en parte al desequilibrio funcional entre los receptores dopaminérgicos *D1*





y D2 (Bowers et al., 2004), favorece el establecimiento del hábito compulsivo de consumo.

Estudios realizados en primates han puesto también de manifiesto que las fases iniciales de la exposición a la droga afectan preferentemente al *estriado ventral* y, en menor medida, al *estriado dorsal*. Sin embargo, con la administración crónica, los efectos de la droga se extienden al *estriado dorsal* (Bradberry, Barrett-Larimore, Jatlow & Rubino, 2000; Porrino, Daunais, Smith & Nader, 2004). En pacientes dependientes, los estudios de neuroimagen funcional han permitido observar diferencias en la liberación de dopamina entre las distintas subregiones límbica, sensoriomotora y asociativa del estriado, con predominio de la actividad dopaminérgica en las regiones límbicas (Martínez et al., 2003). El transportador pre-sináptico de dopamina (DAT) se ha considerado un marcador de transferencia de los efectos crónicos del consumo de droga, entre el *estriado ventral* y el *dorsal*.

La utilización de modelos experimentales de adicción y recaída en animales aporta evidencias que implican al estriado dorsal en la reactivación de la conducta de búsqueda e ingesta de la droga, en respuesta a estímulos previamente condicionados.

Al final del proceso adictivo, extensas regiones cerebrales están implicadas en este trastorno psicopatológico y pueden presentar cambios neuroadaptativos y neuroplásticos. Entre ellas destacan los núcleos dopaminérgicos mesencefálicos, distintas regiones límbicas esenciales en el procesamiento emocional –como la *amígdala* y el *NAc*–, y también el *hipocampo*, las regiones sensoriomotoras de los *ganglios basales* y las *regiones prefrontales*. El proceso de formación de hábitos de conducta, con la puesta en marcha de los mecanismos que constituyen el sustrato neurobiológico del aprendizaje, es fundamental en todos los tipos de adicción. En las adicciones no químicas, como el juego patológico o las compras compulsivas, en las cuales no existen los efectos dopaminérgicos adicionales que la sustancia genera, la activación de los mecanismos neurobiológicos propios del aprendizaje motivacional y del aprendizaje de hábitos debe desempeñar un papel fundamental en el control de la conducta del adicto (Gil-Verona et al., 2003).





Además, los efectos profundos de este tipo de aprendizajes, que forman parte de los mecanismos de memoria procedimental, contribuirían a explicar la resistencia a la extinción de las conductas adictivas.

Debido a que uno de los factores en la etiología de las adicciones son los rasgos de personalidad como la ansiedad, la depresión, la poca tolerancia a la frustración, los rasgos obsesivo compulsivos etc. (p.e. Alonso-Fernández, 1996; Barrón, Mateos & Martínez, 2004; Echeburúa, 2000; Greenfield, 1999; Gwinnell, 1999; Mesa & León-Fuentes, 1996; Mezzich et al., 1997; Roth, 1995; Sánchez & Berjano, 1996; Sender, 1997) es importante estudiarlas desde un punto de vista psicológico; esto puede permitir entender al individuo en la estructura de su personalidad y la forma en la que interactúa en su entorno. Cabe mencionar que dentro de la literatura, diversas corrientes psicológicas han estudiado a las adicciones aportando inferencias sobre el por qué un individuo se refugia en una adicción, ejemplo de estas perspectivas son las siguientes:

1.5.2 MODELO SOCIAL

Esta teoría parte del supuesto que todo individuo nace y se desarrolla en un contexto, cuyos factores van configurando su vida, a su vez la familia es la primera institución que influye en la vida del niño, el cual a su vez estará condicionado por factores económicos, políticos, sociales y culturales (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer & John, 2002). Otra de esas instituciones es la escuela, más tarde los amigos, el grupo de iguales, agentes que adquirirán un papel muy importante al entrar en la adolescencia. Y este recorrido va configurando su personalidad individual y social. Las diferentes circunstancias y situaciones de cada uno así como los amigos o pares, contribuirán a la creación de zonas de exclusión, zonas de vulnerabilidad y zonas de integración; dependiendo de cómo se sitúe la persona y su vida, sus proyectos de inserción social y personal tendrán distintos matices (Acker, 1993).

El modelo plantea que en función de las formas de interacción entre el individuo y estos agentes socializadores se irá generando la propia concepción de éste y su





relación con la sociedad; lo que puede dar por resultado -por ejemplo- sentirse excluido, lo cual podría favorecer cierta vulnerabilidad, cuyo escape pueda ser el consumir cierta sustancia y convertirse en un adicto (Tapia Conyer, 2001).

1.5.3 TEORÍA BIO-CONDUCTISTA (O. Pomerleau & C. Pomerleau, 1987)

Esta teoría explica a las adicciones como un hábito sobre-aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos propios del comportamiento. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo de ciertos factores de orden biológico y un repertorio comportamental concreto; estado motivacional determinado; condiciones contextuales generales y específicas determinadas; y consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las adicciones cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulares asociadas a éstos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento, de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López & Gil, 1996).

Estos mismos autores refieren que para poder explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas, pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interactúan con variables biológicas, motivacionales, de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc., debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estimulantes y de programas de reforzamiento. De igual manera, el tipo de sustancia puede determinar aspectos importantes del patrón de adquisición, ya que las contingencias propias de cada droga se convierten en el elemento clave de control.





1.5.4 TEORÍA CONDUCTISTA (Skinner, 1957)

Este modelo sostiene que el individuo aprende una conducta con base en una serie de estímulos que se derivan de su medio ambiente (considérese de tipo familiar, escolar, etc.; Watson, 1924 citado en Padilla Gámez, 2001).

En esta teoría cabe destacar el sistema de Skinner el cual está basado en el condicionamiento operante. El organismo está en proceso de “operar” sobre el ambiente, lo que en términos populares significa que está irrumpiendo constantemente; haciendo lo que hace. Durante esta “operatividad”, el organismo se encuentra con un determinado tipo de estímulo reforzador (Skinner, 1957) cuyo efecto incrementa el comportamiento que ocurre inmediatamente después del reforzador. Por lo tanto, en las adicciones el individuo está operando con su medio ambiente y las drogas actúan como un reforzador positivo debido al placer que generan las sustancias en el individuo dando como resultado un condicionamiento operante y el sujeto aprende a repetir por el reforzador.

1.5.5 COGNITIVO-CONDUCTUAL (Ellis, 1983)

Esta aproximación analiza al individuo en cuanto a sus pensamientos, conductas y actitudes e intenta explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Se trata de un modelo que combina la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información; se subraya la conducta individual observable y los factores medioambientales que mantienen una conducta determinada y abarca no solo un modelo teórico sino a más, de entre ellos destacan: a) la terapia cognitivo-conductual de Ellis, b) la teoría de la acción razonada, c) la teoría de la conducta planeada y d) la teoría de la auto-eficacia.





a) Terapia Cognitivo-Conductual. Ellis (1983) desarrolló esta propuesta cuya premisa fundamental es que en el ser humano se dan cuatro procesos mentales básicos e integralmente relacionados: la percepción, el pensamiento, la emoción y el movimiento. Se establece que el pensamiento y la emoción no son dos procesos totalmente diferentes, sino que se sobreponen notablemente en muchos aspectos, y que, por lo tanto las emociones desordenadas pueden mejorarse con frecuencia cambiando el modo de pensar. Mediante el proceso de la vida, de la cultura y de la sociedad, los procesos de percepción, el pensamiento y la emoción se mantienen en movimiento logrando transformaciones entre ellos (p.e. la forma de pensar se transforma en una emoción y viceversa).

Este autor menciona que un individuo posee pensamientos racionales e irracionales. De inicio se puede tener una experiencia emocional que genera un pensamiento en el individuo, si éste logra controlar sus emociones obtendrá una reestructuración cognoscitiva de sus pensamientos por lo tanto -a futuro- controlará sus emociones.

En el contexto de las adicciones, el sujeto no sabe manejar sus emociones. Debido a ello deposita en la adicción todas aquellas emociones que le lleguen a generar algún malestar, por lo que su pensamiento se tornara irracional ya que la droga o sustancia los ha transformado por la dependencia psicológica que tiene el individuo; por lo tanto el sujeto tendrá una conducta negativa, que lo orillará casi inevitablemente al descontrol emocional.

b) La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1977; 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), explica las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la definen. El determinante inmediato es la intención de realizar la conducta; éste componente tiene dos factores que la explican: 1) el factor individual (la actitud acerca del contexto socio-cultural del individuo al respecto de la conducta a realizar) y 2) el social (pues implica la motivación a complacer a otro significativo) (Ajzen, 1991).





En el escenario de las adicciones, la actitud del individuo hacia el consumo de la sustancia, se determina a partir de las creencias socioculturales, el valor afectivo del individuo y a la evaluación positiva y negativa relacionada a estas creencias. Esta evaluación, es el componente afectivo de la actitud determinado por la motivación y fuerza de la intención en el abuso de sustancias. Es decir, depende de la estructura de la personalidad del individuo y del control que tenga de si mismo, que aunque su entorno lo predisponga a consumir ciertas sustancias, él podrá actuar racionalmente controlando sus pensamientos y del valor afectivo que le de al resultado de sus conductas (si el sujeto sabe que el consumir alguna droga le generará consecuencias en su persona y en su familia y la importancia es justamente esto y no la sustancia, logrará actuar racionalmente).

Considerando el factor social, es posible que el individuo se deje influenciar o convencer de que el consumir algún tipo de droga les traerá algún beneficio o estatus, pero esta influencia no se da en cualquier persona sino que tiene que ser alguien importante (en el entornos social) o significativo. Quizá la conducta en el inicio se realice por complacer a esa persona, pero después si no posee una actitud y una creencia bien cimentada, se hará en la evaluación positiva de las drogas y se consumirán más fácilmente.

c) La Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1985; Ajzen & Maden, 1986; Shifter & Ajzen, 1985). Toma en cuenta además de las actitudes y creencias del sujeto al auto-eficacia; es decir, el control percibido que está ligado a las intenciones conductuales. La auto-eficacia representa la facilidad o dificultad para realizar la conducta (Shifter & Ajzen, 1985).

Este componente implica que -aunque el individuo posea una actitud favorable hacia el abuso de las sustancias- la probabilidad de llevarlo a cabo, va a depender, entre otros factores de la percepción del control o bien, de la habilidad del sujeto para conseguir la sustancia.





El resultado de la percepción del control sobre la conducta, puede inducir en la intención de conducta modulando el efecto que la actitud y la creencia social normativa tienen sobre la intención de llevar a cabo una conducta, considerando a los componentes anteriores a dicha intención. Por lo anterior, aunque el sujeto quiera o desee consumir la sustancia, éste puede percibir un obstáculo (que no haya disponibilidad) por lo tanto, la percepción del control (o ausencia de éste) actúa sobre la conducta.

d) Teoría de la Auto-eficacia (Bandura, 1977). Este concepto se define como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas para manejar las situaciones futuras. Hace mención en la capacidad que tienen las personas de crear y desarrollar sus propias auto-percepciones y estas se convierten en los medios para alcanzar las metas y controlan lo que son capaces de hacer. Es decir, depende de la auto-eficacia que perciba el individuo en sí mismo, esta influirá en forma determinante en el consumo de la sustancia.

En conclusión, el sujeto podrá percibir a las adicciones como dañinas o benéficas y su conducta dependerá de las metas que tenga, de lo que desea para sí mismo y del control que cree tener sobre su conducta, lo que repercutirá en su calidad de vida y metas personales.

1.5.6 TEORÍA SOCIAL-COGNOSCITIVA (Bandura, 1985)

Se enfatiza el papel de los fenómenos auto-referenciales, como el medio de actuar en su ambiente, es decir, el individuo genera emociones positivas o negativas y los unen a pensamientos racionales e irracionales, así -dependiendo de esa asociación- los individuos van formando un sistema interno que controla sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. Es decir, si el individuo tiene la capacidad de controlar estas emociones generara pensamientos racionales por lo tanto tendrá menos riesgo para iniciar con una conducta adictiva (Osio, 2006).





En conclusión, aunque el individuo se relacione en un medio ambiente que predisponga a una adicción, esto no significa que lo hará sino que dependerá del control que tenga sobre sus emociones y el cambio en sus pensamientos.

1.5.7 TEORÍA PSICOANALÍTICA (Freud, 1923/ 1953)

Las aportaciones psicoanalíticas sobre la dependencia a las drogas son limitadas y se centran en precisar los estados emocionales y angustias, que están en la base del consumo, como una satisfacción sustitutiva de deseos inconscientes de tipo sexual agresivo, o el malestar en la cultura, como una defensa frente a estados de sufrimiento psicológico (Freud, 1923 citado en Yela, 2002).

Asimismo, esta teoría busca esclarecer las causas de aquello que subyace al consumo como ciertos estados emocionales (p.e. angustia), y a puntualizar el significado inconsciente que la experiencia con la droga tiene para el consumidor.

1.5.8 MODELO DE ADAPTACIÓN (Peele, 1985)

En este modelo alude que la conducta adictiva es una consecuencia de los problemas personales, familiares y sociales que padecen los individuos en su entorno social. Así, la interacción de trastornos genéticos, problemas ambientales (estrés ambiental) y dificultades en el proceso de maduración personal (como los trastornos de personalidad), pueden producir un fracaso en los recursos personales del individuo para generar una adecuada adaptación personal y ambiental. Esto último con riesgo a provocar la búsqueda de adaptaciones sustitutivas como la adicción a drogas, juego patológico, etc.





1.5.9 HIPÓTESIS DE LA AUTO-MEDICACIÓN (Khantzian, 1985)

Este modelo, presta mayor atención a las variables internas, como la psicopatología o los trastornos de personalidad; por lo que en el caso de las personas con patologías adictivas, se considera que éstas seleccionan la droga de abuso en función de determinantes internos, concretamente la modulación de aspectos afectivos. Se le denomina *hipótesis de la auto-medicación*, porque se presupone la existencia de trastornos ansiosos afectivos o psicóticos en los adictos a opiáceos. Estos trastornos se verían modulados a través de la auto-medicación o el consumo que llevaría a cabo el propio adicto.

1.5.10 MODELO FACTORIAL (Eysenck, 1985)

La vertiente principal de este modelo parte de los rasgos de personalidad que posee el individuo y el desarrollo del análisis factorial como una manera directa de describir la conducta humana, y para su mejor estudio, se abordan desde el análisis factorial. Uno de los principales precursores es Eysenck (1985), quien se basa principalmente en nociones de la psicología y de la genética, pues la personalidad es el producto de lo aprendido y la carga hereditaria; de ahí que este autor estuviera particularmente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento.

En conclusión este modelo toma en cuenta los tres factores en la predisposición de las adicciones: 1) los factores biológicos, 2) los factores sociales y 3) los rasgos de personalidad y describe específicamente a la depresión, la ansiedad y la intolerancia a la frustración como características clave en esta enfermedad.

Dentro de esta misma línea, algunos teóricos han hecho aportaciones al modelo de Eysenck, pero un modelo que ha tenido gran impacto en el entorno de las adicciones es el de Cloninger (1986, 1987a, 1987b, 1987c). Dicho modelo de la personalidad intenta integrar el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural. Cloninger no solo pretende superar las





discrepancias en el estudio de la personalidad por lo que tiene que ver con lo biológico y ambiental, sino también intenta superar las discusiones entre las descripciones dimensionales y categoriales de la personalidad, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

1.5.11 MODELO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE CLONINGER

Para desarrollar su modelo de personalidad, Cloninger parte del constructo de personalidad desarrollado por Allport y Odbert (1936 citado en Cloninger, 2000) y la definición de aprendizaje de Thorpe (1956). Allport (1937 citado en Cloninger, 2000) define personalidad como la organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos, psico-biológicos, que determinan la adaptación individual al ambiente y a los cambios en este, mientras que Thorpe define aprendizaje como la organización de la conducta, que se manifiesta por cambios adaptativos como resultado de la experiencia individual.

A partir de estos constructos, Cloninger defiende que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas adaptativos que participan en la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia (Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzel, 1994).

En lo que se refiere al carácter, este autor proporciona una descripción del psiquismo del sujeto como una estructura de auto-conceptos y relaciones objetales que están modulados por el conocimiento de uno mismo y por el simbolismo (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993). El carácter hace referencia a los auto-conceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, es lo que hacemos con nosotros mismos de manera intencional y básicamente se produce por la socialización. Se desarrolla por medio del aprendizaje introspectivo o por la reorganización de los auto-conceptos. La introspección es la aprehensión de relaciones, e incluye la organización conceptual de la percepción. En consecuencia, el aprendizaje introspectivo supone el desarrollo de una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual súbita de la experiencia.





Después de varias revisiones y adaptaciones metodológicas se llega al modelo actual de Temperamento y Carácter de Cloninger (2000) en el que se describen siete dimensiones: 1) evitación al riesgo, 2) búsqueda de novedad, 3) dependencia recompensa, 4) persistencia, 5) auto-dirección, 6) cooperación y 7) auto-trascendencia.

1.5.12 ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS (YOUNG, 1990)

La teoría de esquemas maladaptativos tempranos propuesta por Young (1990) surge a partir de la búsqueda de una nueva forma de terapia de los trastornos de la personalidad. Uno de los elementos relevantes de la propuesta, es el contenido maladaptativo de los esquemas que presentan los trastornos de la personalidad y otros trastornos como aquel ocasionado por el uso y abuso de sustancias.

Los esquemas maladaptativos tempranos hacen referencia a esquemas muy estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencia posterior. Young (1999) propone un sistema de clasificación de cinco dominios que agrupan dieciocho esquemas maladaptativos tempranos.

Primer dominio: Desconexión y Rechazo, es la creencia de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, sentimientos compartidos, aceptación y respeto, no serán satisfechas de un modo predecible. El típico ambiente de la familia de origen está caracterizado por el desapego, la frialdad, el rechazo, la inhibición, la soledad, el abuso, las conductas explosivas.

1. Esquema de abandono/inestabilidad. La percepción de que aquellos que lo rodean son inestables e indignos de confianza como para prodigar apoyo y conexión. Implica la sensación de que los otros significativos no podrán proporcionar apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección, porque son emocionalmente inestables e impredecibles (p.e. explosiones de ira), no confiables o su presencia es irregular; porque abandonarán a la persona para favorecer a alguien mejor.





2. Esquema de desconfianza/abuso. La creencia de que los otros lo lastimarán, se aprovecharán de él o lo harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras. Generalmente involucra la percepción de que el daño es intencional o de que el resultado es de una negligencia extrema e injustificada. Puede incluir la sensación de que uno siempre termina siendo engañado o "recibiendo la peor parte".
3. Esquema de deprivación emocional. Implica que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Las tres principales formas de deprivación son: a. Deprivación de cuidados: Ausencia de atención, afecto, calidez o compañía. b. Deprivación de Empatía: Ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros. c. Deprivación de Protección: Ausencia de fortaleza, dirección o guía.
4. Esquema de defectuosidad/vergüenza. El sentimiento de que uno es defectuoso, malo, indeseado, inferior o incapaz en aspectos importantes; o de que uno no sería digno de ser amado por los otros significativos, si fuera puesto al descubierto. Puede implicar hipersensibilidad a la crítica, el rechazo y la culpa; auto-conciencia, comparaciones, e inseguridad con respecto a los demás; o una sensación de vergüenza por las fallas propias. Estas fallas pueden ser privadas (p.e. egoísmo, impulsos irascibles, deseos sexuales inaceptables) o públicas (p.e. apariencias físicas indeseables, inadecuación social).
5. Esquema de aislamiento social/alienación. El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y/o no es parte de ningún grupo o comunidad.

Segundo Dominio: Autonomía y Desempeño Deteriorados, son las creencias sobre sí mismo y el ambiente que interfieren con la percepción de la propia capacidad para separarse, sobrevivir y funcionar independientemente o para desempeñarse con éxito. El típico ambiente de la familia de origen es excesivamente implicado a nivel afectivo (sobreprotector, o incapaz de reforzar al niño en su desempeño competente en contextos exteriores al de la familia).





6. Esquema de dependencia/incompetencia. La creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas de un modo competente sin una cantidad considerable de ayuda externa (p.e. cuidar de sí mismo, solucionar problemas diarios, ejercitar el buen juicio, emprender nuevas tareas, tomar buenas decisiones). Con frecuencia se presenta como indefensión.

7. Esquema de vulnerabilidad al daño o a la enfermedad. Un temor exagerado a que la catástrofe sobrevenga de un modo inminente y en cualquier momento y a que uno sea incapaz de impedirlo. Los temores se centran en uno o más de los siguientes aspectos: (a) Catástrofes médicas, por ejemplo, ataques cardíacos, cáncer, SIDA; (b) Catástrofes emocionales, por ejemplo volverse loco; (c) Catástrofes Externas, por ejemplo fallas en elevadores, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos.

8. Esquema de enganchamiento emocional/yo inmaduro. Una excesiva implicación y cercanía emocional con uno (o más) persona(s) significativos (padres, pareja) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal. Con frecuencia implica la creencia de que al menos uno de los individuos "atrapados", no puede sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona. También puede incluir sentimientos de fusión con otros o un sentido insuficiente de la individualidad. Generalmente, se experimenta como un sentimiento de vacío que no apunta a ningún lado, o en casos extremos, que cuestiona la propia existencia.

9. Esquema de fracaso. La creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente, o de que se es inherentemente inadecuado con respecto a sus amigos, en áreas de logro (p.e. educación, trabajo, deportes). Con frecuencia, involucra la creencia de que uno es estúpido, inepto, falto de talento, ignorante, de bajo status, menos exitoso que otros y otras creencias de la misma naturaleza.

Tercer Dominio: Límites Insuficientes, es la deficiencia en los límites internos, en la responsabilidad hacia otros u orientación hacia metas a largo plazo. Conduce a una dificultad para respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, hacer compromisos o fijar y alcanzar objetivos personales realistas. El típico ambiente de la familia de origen, está caracterizado por la permisividad, el exceso de indulgencia, la





falta de dirección o fomenta una sensación de superioridad y no por una confrontación, disciplina y unos límites apropiados, con relación a la asunción de responsabilidades, la cooperación recíproca y el establecimiento de metas. En algunos casos, el niño puede no haber sido obligado a soportar niveles normales de incomodidad o puede no haber recibido una supervisión, dirección o instrucción adecuadas.

10. Esquema de derecho/grandiosidad. La creencia de que uno es superior a los demás; de que tiene derechos y privilegios especiales; o de que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social normal. Con frecuencia implica la insistencia en que uno debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás; o una concentración exagerada en la superioridad.

11. Esquema de auto-control/auto-disciplina insuficientes. Se expresa en la dificultad generalizada o la negación a ejercer un auto-control y una tolerancia a la frustración suficientes como para lograr las propias metas, o limitar la expresión excesiva de las emociones y los impulsos. En su expresión moderada, toma la forma de un énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad: evitando el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad.

Cuarto Dominio: Orientación hacia los Otros es una concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades, para ganar amor y aprobación, mantener el sentido propio de conexión, o evitar la revancha. Generalmente involucra supresión y falta de conciencia de la ira y las inclinaciones naturales propias. El típico ambiente familiar de origen está basado en la aceptación condicional: los niños deben suprimir aspectos importantes de sí mismos para ganar amor, atención y aprobación. En muchas familias, las necesidades y los deseos de los padres o la aceptación y el estatus social se valoran más que las necesidades y los sentimientos de los niños.

12. Esquema de subyugación. Sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono. Las





dos principales formas de subyugación son: (a) Subyugación de necesidades. Supresión de las preferencias, decisiones y deseos propios y (b) Subyugación de emociones. Supresión de la experiencia emocional, especialmente de la ira.

13. Esquema de auto- sacrificio. Concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás, en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción. Las razones más comunes que se dan para asumir estas conductas son, evitar causar dolor a los demás, y sentirse egoísta y culpable por ello, o mantener la conexión con aquellas personas que se perciben como necesarias. Con frecuencia se origina a partir de una aguda sensibilidad al dolor de los demás. Algunas veces conduce a la sensación de que las propias necesidades no se están satisfaciendo adecuadamente y al resentimiento hacia aquellos que se tiene bajo su cuidado.

14. Esquema de búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento. Énfasis excesivo en la obtención de la aprobación, el reconocimiento o la atención de los demás o en encajar, en detrimento de un sentido seguro y genuino. El sentimiento de auto-estima depende básicamente de las reacciones de los demás, más que de las propias inclinaciones naturales. Algunas veces incluye una concentración excesiva en el estatus, la apariencia, la aceptación social, el dinero o el logro como medios de ganar aprobación, admiración o atención. Con frecuencia, desemboca en elecciones insatisfactorias o no genuinas relacionadas con aspectos importantes; o en una hipersensibilidad al rechazo.

Quinto Dominio: Sobrevigilancia e Inhibición es un énfasis excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneos o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas introyectadas, acerca del desempeño y la conducta ética, con frecuencia sacrificando la felicidad, la autoexpresión, la tranquilidad, las relaciones cercanas o la salud. El típico ambiente de la familia de origen es severo, demandante, y algunas veces punitivo: el desempeño, el deber, el perfeccionismo, el seguimiento de reglas, el ocultamiento de las emociones y la evitación de los errores, se imponen al placer, al disfrute y a la dispersión.

15. Esquema de negatividad/pesimismo. Una concentración generalizada y permanente en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, desilusión, conflicto,





culpabilidad, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que podrían ir mal), mientras se minimizan o se ignoran los aspectos positivos u optimistas.

16. Esquema de inhibición emocional. La inhibición excesiva de acciones y sentimientos y de una comunicación espontánea, generalmente para evitar la desaprobación de los demás. Sentimientos de vergüenza o la pérdida del control de impulsos. Las áreas más comunes de inhibición implican: (a) Inhibición de la ira y de la agresión (b) Inhibición de los impulsos positivos (p.e. disfrute, afecto, juego, excitación sexual); (c) Dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias; o (d) Énfasis excesivo en la racionalización, con desprecio de las emociones.

17. Esquema de estándares implacables/hipercrítica. La creencia subyacente en que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente para evitar la crítica. Desemboca en sentimientos de presión o en dificultad para desacelerar el ritmo de vida, y en una actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás. Involucra un deterioro significativo en el placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares implacables adquieren generalmente la forma de (a) Perfeccionismo, atención desmedida en los detalles o subestimación del buen desempeño propio, (b) Reglas rígidas y "deberías" no realistas en muchas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos; o (c) Preocupación por el tiempo y la eficiencia, de tal modo que ellos permitan alcanzar metas más altas.

18. Esquema de condena. La creencia de que las personas deberían ser castigadas con dureza por cometer errores. Implica una tendencia a ser de mal carácter, intolerante, punitivo e impaciente con aquellas personas (incluyendo uno mismo) que no comparten los propios estándares o expectativas. Generalmente incluye una dificultad para perdonar los errores propios o ajenos, ya que se rehúsa a tener en consideración circunstancias atenuantes, el potencial humano hacia el error o a ser empático con los sentimientos de los demás.

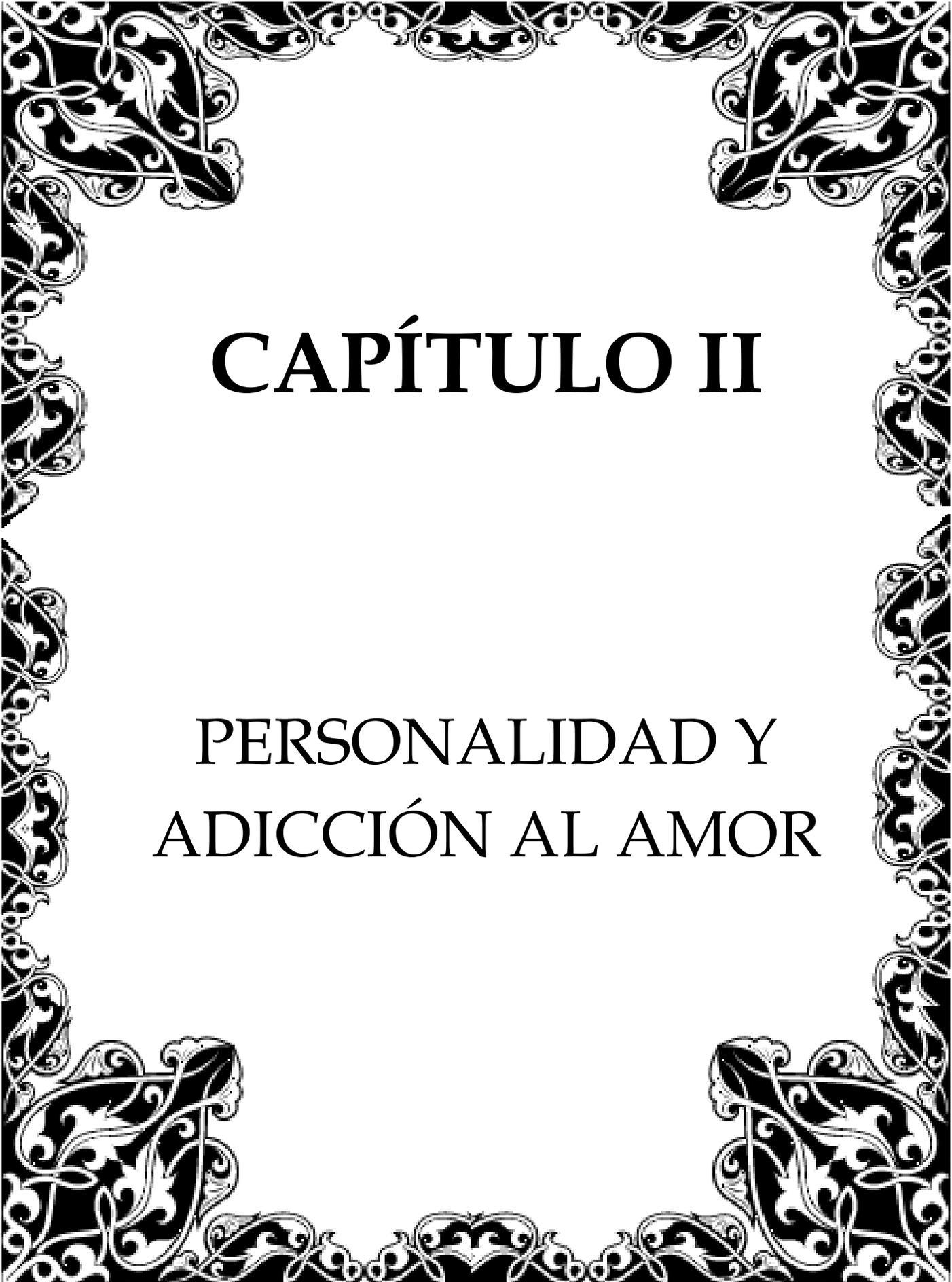




Los modelos anteriores tratan de explicar cuáles son las razones o causas por las que una persona cae en las adicciones pero ¿cuáles son las características que tiene el individuo para caer en las adicciones?, como lo propone Cloninger es un problema que no solo implica el ambiente y la interacción con este, sino también cómo es el individuo y cómo es que se enfrenta al medio.

Además, de los modelos anteriores que se han abocado a explicar la causa de las adicciones se ha considerado la personalidad de dos formas diferenciadas: 1) prevaleciendo un rasgo principal, es decir, entendiendo que existe una personalidad presente en todos los adictos a drogas, en la misma forma y en las mismas condiciones (McLellan, 1979); y 2) considerándola en términos de perfiles, es decir, argumentando la no existencia de una estructura “tipo” de personalidad del adicto, sino solamente algunos rasgos comunes a todos ellos (Cabal Bravo, 1989; Esbaugh, 1982). Basándose en la evidencia de que los rasgos de personalidad juegan un papel significativo en la forma en la que son y viven los adictos, a continuación se abordará esto en forma más profunda.



A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in black and white, framing the central text.

CAPÍTULO II

PERSONALIDAD Y ADICCIÓN AL AMOR



QUE SOY ADICTA A TI, FANÁTICA AL FIN
TU ERES MI ADICCIÓN Y MI DESCONTROL
Y NO PUEDO AGUANTAR MI DEBILIDAD
QUE ESTOY TAN LOCA POR TI, QUE QUIERO SEGUIR
Y SI ME ENCIENDES TU O APAGAS LA LUZ
YEAH, YEAH, YEAH
QUE SOY ADICTA A TI
EDURNE





De acuerdo a Davidoff (1989) las características personales como la generosidad, el sentido del humor entre muchas otras, influyen en el grado en que se sienten cómodas las personas. Papalia (1988) menciona que en moderación, la competencia, es otra cualidad que las personas admiran y la cual puede sembrar las bases de la atracción interpersonal. Al respecto Alberoni (1977), dice que es más fácil sentir atracción por personas con afinidades e intereses comunes, además está relacionada con sus habilidades, su simpatía y humor. Lykken y Tellegen (1993) dicen que bajo el modelo de la semejanza, un individuo elige como pareja a alguien semejante a él en rasgos como la inteligencia, la personalidad, los intereses o los valores.

Al igual que esta investigación trata de explicar por qué es que se dan las relaciones de pareja, también desde el modelo de las adicciones se ha tratado de explicar las razones por las que una persona cae en ellas y cuáles podrían ser las características que predisponen al individuo a caer. Este abordaje es propuesto por Cloninger (2000) quien señala que no solo el ambiente y la interacción con este facilitan la exposición a las adicciones, sino también la forma de ser del individuo (su personalidad) y cómo es que se enfrenta al medio.

2.1 RASGOS DE PERSONALIDAD

Así las aproximaciones que se han abocado a explicar la causa de las adicciones han considerado el papel de la personalidad en dos formas diferenciadas: 1) prevaleciendo un rasgo principal, es decir, entendiendo que existe una personalidad presente en todos los adictos a drogas, en la misma forma y en las mismas condiciones (McLellan, 1979); y 2) considerándola en términos de perfiles, es decir, argumentando la no existencia de una estructura “tipo” de personalidad del adicto, sino solamente algunos rasgos comunes a todos ellos (Cabal Bravo, 1989; Esbaugh, 1982). En la presente investigación se tomará esta última perspectiva, considerando que son solo rasgos comunes los que tiene los adictos.





Caspi, Roberts y Shiner (2005) define los rasgos de personalidad como los estilos de relacionarse con el mundo, [que] representan las tendencias a comportarse, en cómo piensan y sienten de forma coherente.

Los rasgos de personalidad, de acuerdo al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, versión revisada APA (2000) son considerados como patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Existen investigaciones que han intentado dar luz sobre los rasgos de personalidad que subyacen el fenómeno de la adicción, sin embargo no existe acuerdo en estos rasgos. Primero se hablará de los rasgos que se dicen que están en el trasfondo de todas las adicciones, después aquellos propios de las adicciones químicas y por último los que forman parte del perfil en el caso de las adicciones psicológicas o sociales.

2.2 PERFIL DEL ADICTO QUÍMICO

Coleman (1988), es uno de los primeros autores que caracterizan a los adictos, como personas tímidas, impresionables, muy nerviosas, inseguras, con gran necesidad de cariño, en algunos casos inadaptados, deprimidos, ingobernables e incapaces de afrontar la presión.

Siguiendo esta línea, Alonso-Fernández (1996) ve a estas personas con una personalidad impulsiva, neurótica, insegura, con débil integración individual, con dificultades en su comunicación, baja auto-estima y auto-control, pasividad y sumisión, así como con vacío existencial.

Por su parte, Mesa y León-Fuentes (1996), así como Mezzich, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci y Parks (1997) han definido a los adictos, como individuos con una gran inmadurez, tendientes a la dependencia, no asumen las responsabilidades, son inseguros, con baja confianza en sus capacidades, alto grado de paranoia, falta de motivación e iniciativa, escasa comunicación, inestabilidad e irritabilidad emocional,





baja tolerancia a la frustración, carencia de regulación en sus conductas, afectividad negativa y tendencia a la victimización.

En el año 2000 Echeburúa encuentra que la impulsividad es un rasgo prevaeciente, al igual que la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos como psíquicos y la búsqueda exagerada de sensaciones, baja auto-estima y un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas, sentimientos de culpa, vergüenza. Cabe mencionar que esto resulta coherente con lo encontrado por Elster (2002).

Ya en el 2003 Bolinches, De Vicente, Reig, Haro, Martínez y Cervera encuentran que la baja auto-estima y el auto-control, la impulsividad, la depresión, la vulnerabilidad, el locus de control externo y la percepción de controlabilidad son los rasgos característicos de estas personas.

En lo que se refiere a las adicciones químicas se ha encontrado que los adictos a los opiáceos tienen una mayor búsqueda de novedad, evitación de riesgo y búsqueda de recompensas (Vukov, Baba-Milkic, Lecic, Mijalkovic & Marinkovic, 1995). Mientras que los adictos a la heroína son hostiles, autoritarios, obstinados y agresivos, poco sensibles, desconfiados, suspicaces, poco apegados, depresivos, ansiosos, con poca tolerancia a la frustración, evaden responsabilidades, tienen poco contacto social, tienden al aislamiento e introversión, buscan la aprobación social, son poco independientes, sienten atracción a las situaciones arriesgadas, buscan novedades, y tienen sentimientos de inferioridad (Barrón, Mateos & Martínez, 2004; Sánchez & Berjano, 1996)

Más recientemente, en un estudio realizado por Pedrero, Pérez, De Ena, Garrido (2005) se contrastaron a personas adictas a la cocaína, heroína, alcohol, cannabis y benzodiazepinas. Los rasgos característicos o compartidos en todos ellos eran la baja auto-estima, baja auto-eficacia, bajo optimismo, bajo locus de control, pocas habilidades sociales, muy bajo auto-control, poco afrontamiento.

Por su parte, los adictos a los psico-estimulantes tienen una personalidad impulsiva, de desinhibición y de búsqueda de experiencias (Jaffe & Archer, 1987;





Luengo, Otero-López, Romero & Gómez, 1996; Zuckerman, 1983), lo cual es parecido a lo hallado en los adictos a la cocaína, quienes buscan la novedad, son impulsivos, buscan mayor número de estímulos para no caer en el aburrimiento, evitan situaciones que les frustran, no respetan las normas, se aíslan y por lo tanto no hay relaciones íntimas y tienen altos niveles de atracción por el riesgo.

En la Figura 3 se puede observar una comparación de los rasgos más mencionados en la literatura sobre adicciones químicas y psicológicas. Es importante mencionar que aunque las adicciones se han separado para fines explicativos, existen varios rasgos que en ambas son similares, ejemplo de ello es la ansiedad, la depresión, impulsividad y pérdida del control –entre otros-.



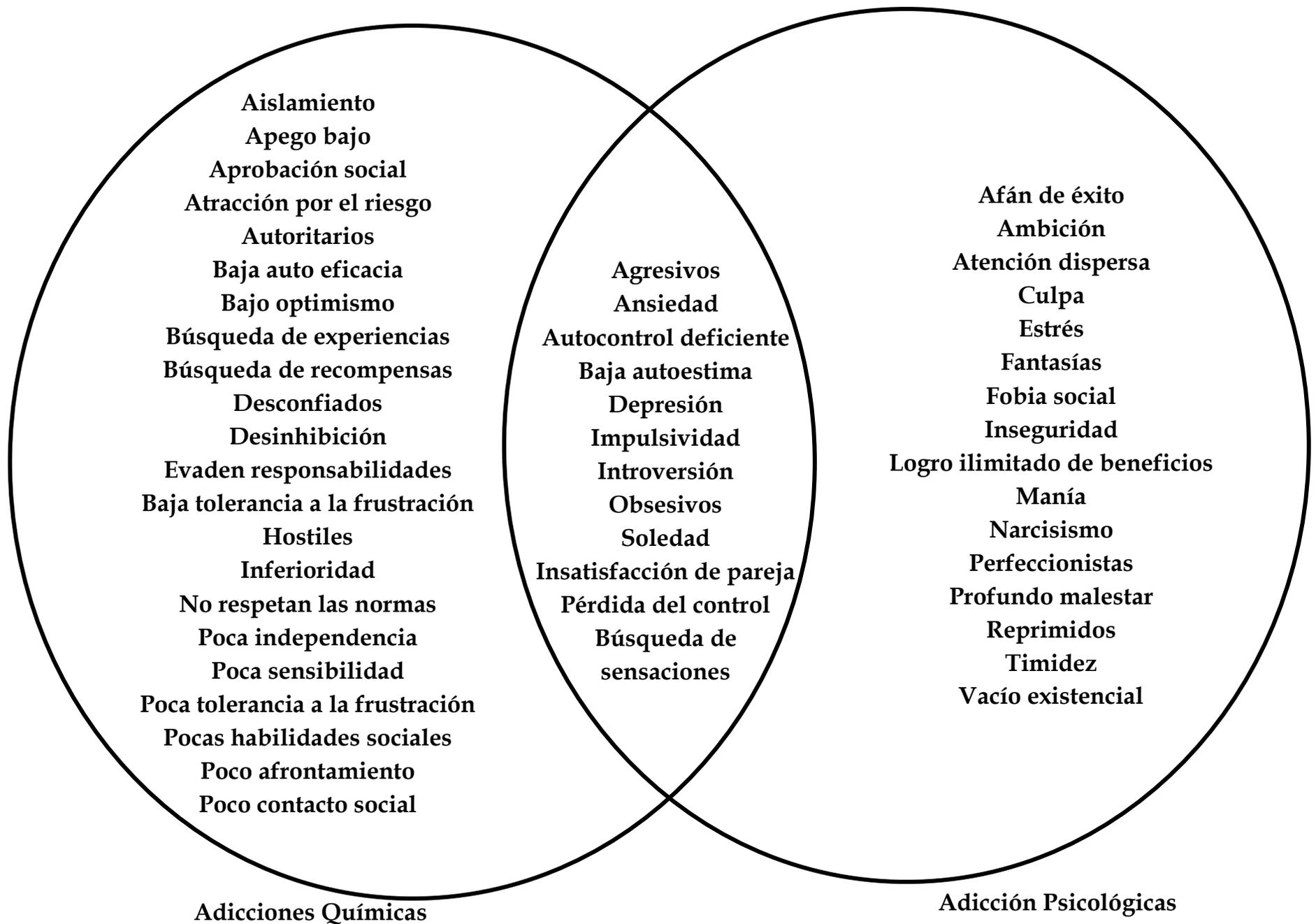


Figura 3. Coincidencias y divergencias entre la adicción química y la adicción al amor





2.3 PERFIL DEL ADICTO A ASPECTOS PSICOLÓGICOS O SOCIALES

Entrando al tópicó de adicciones psicológicas, también se ha intentado hacer una caracterización de los rasgos dependiendo del objeto de adicción, así encontramos que las personas adictas a las compras tienen baja auto-estima, falta de auto-control, impulsividad, soledad, depresión, manía y estrés (Echeburúa, 2000; McElroy, Keck, Pope, Smith & Strakowski, 1994), las adictas al trabajo son inseguras, muy ambiciosas, tienen logro ilimitado de beneficios, son perfeccionistas, y un gran afán de éxito (Sender, 1997; Váldeś, 1997).

Los adictos al juego tienen poco auto-control, impulsividad, narcisismo, baja auto-estima, grandes cantidades de estrés, soledad, dificultad para concentrarse (Alonso-Fernández, 1996, Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004, González-Ibáñez, Mora, Gutiérrez-Maldonado, Ariza & Lourido-Ferreira, 2005), mientras que los adictos a la comida sienten culpa ante la pérdida del control, auto-estima baja, profundo malestar, soledad, estrés, ansiedad (Alonso-Fernández, 1996; Roth, 1995).

En la adicción al Internet se encuentran personas con inseguridad, muy ambiciosos, logro ilimitado de logros, perfeccionistas, con afán de éxito, reprimidos, agresivos, introvertidos, baja auto-estima, nivel alto de búsqueda de sensaciones, timidez, fobia social, fantasía descontrolada, atención dispersa y tendencia a la distracción, obsesión, con poco control de impulsos y depresivos (Echeburúa, 2000; Greenfield, 1999; Gwinnell, 1999; Sender, 1997; Váldeś, 1997).

En cuanto a los adictos sexuales son impulsivos, con auto-estima deficiente, con soledad o vacío existencial, con una relación de pareja insatisfactoria, inseguros, con auto-control deficiente, con depresión y fantasías (Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa, 2000).

Mientras que los adictos al amor son caracterizados como personas impulsivas, intolerantes, con una exagerada búsqueda de sensaciones, dependencia, afectividad desmedida, auto-engaño, co-dependencia, auto-destrucción, sensación de urgencia, tolerancia, obsesión-compulsión, violentos, vacíos, desesperados, deprimidos, culpables,





ansiosos, con baja auto-estima, desesperanzados, solos, enojados, incompletos, con poco valor, concentración exagerada (Echeburúa, 2000; Howard, 2001; Melody & Wells , 1997; Peele & Brodsky, 1975/1991; Retana Franco & Sánchez Aragón, 2006; Sánchez Aragón 2007; Schaeffer, 2000). En la figura 4 se puede observar una comparación entre las adicciones químicas y la adicción al amor, siendo 12 los rasgos que se comparten entre estas adicciones, ejemplo de ellos pueden ser la ansiedad, la depresión, el poco auto-control, la dependencia, etc.



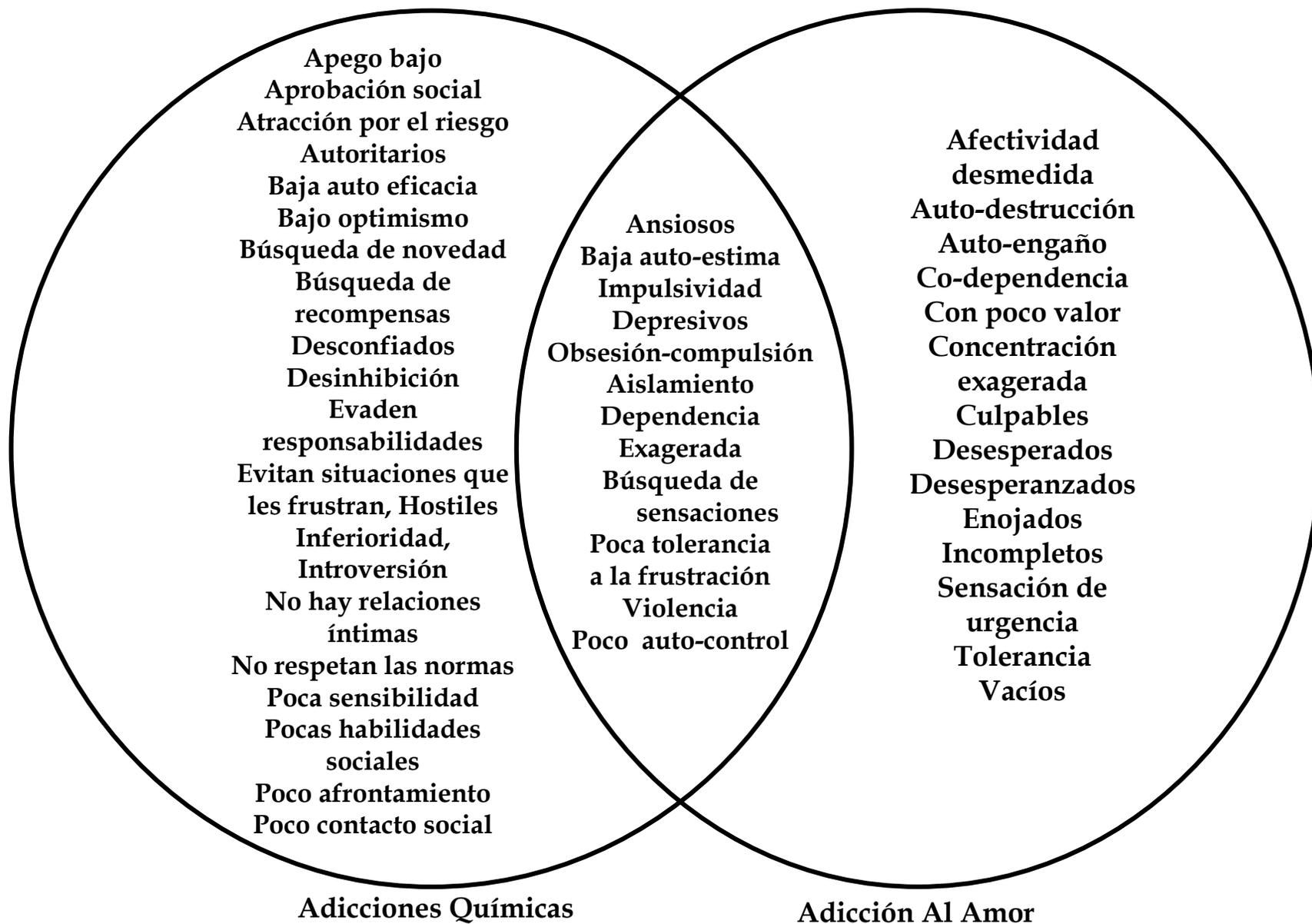


Figura 4. Coincidencias y divergencias entre la adicción química y la adicción al amor



En la figura 5 se puede ver que al comparar las adicciones psicológicas y la adicción al amor también son 12 rasgos comunes en ambas como lo podrían ser la soledad, la búsqueda de sensaciones, la violencia, la obsesión compulsión, etc.

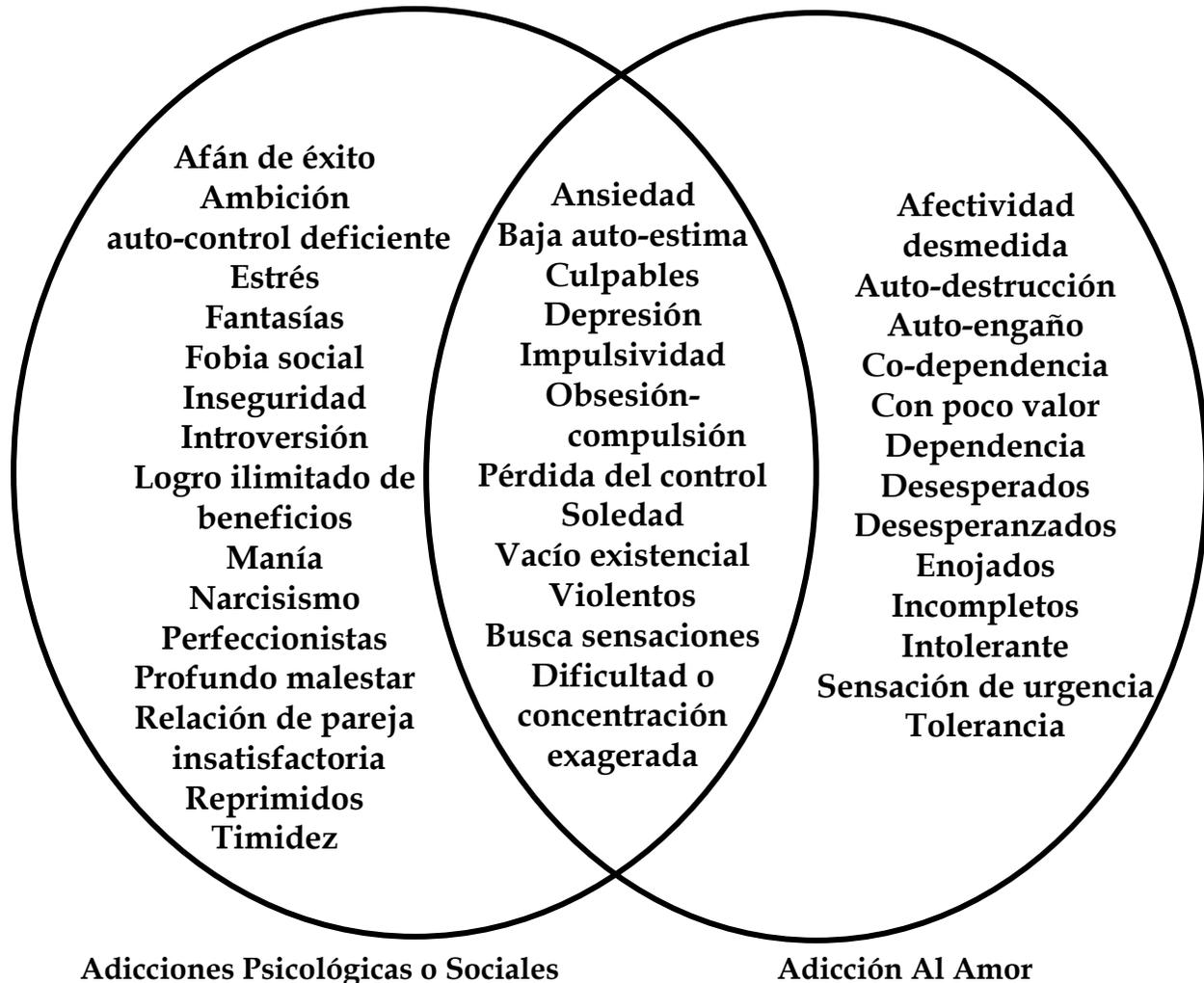


Figura 5. Coincidencias y divergencias entre las adicciones psicológicas y la adicción al amor

Por ultimo en la figura 6, se hace una comparación de la adicción al amor con los rasgos de personalidad de las adicciones (en general), siendo 19 los rasgos que se comparten, entre ellos está la depresión, la búsqueda exagerada de sensaciones, dependencia, el bajo auto-control, la baja auto-estima, etc.



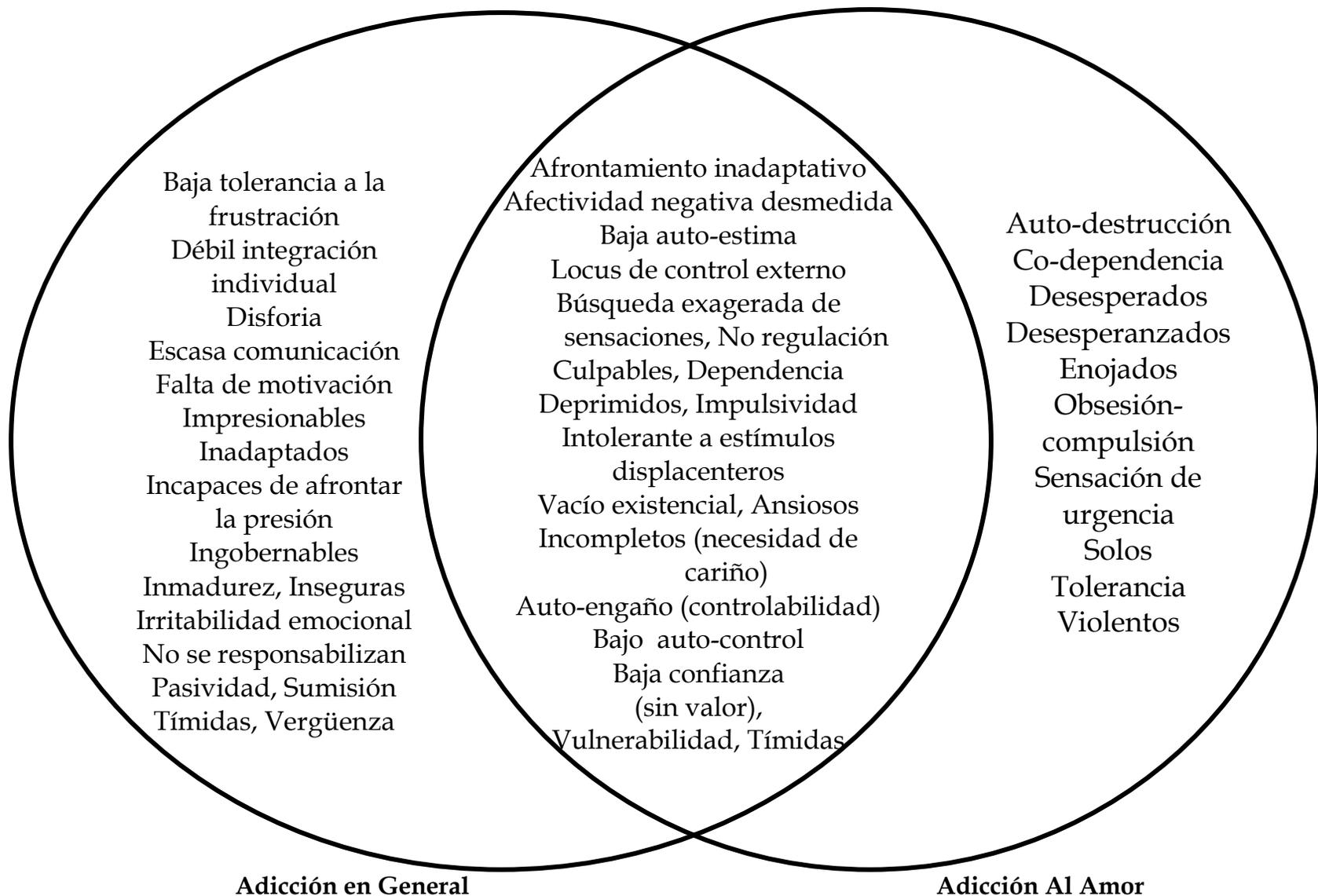


Figura 6. Coincidencias y divergencias entre la adicción en general y la adicción al amor





Al realizar un análisis de las coincidencias de las tres últimas figuras se puede observar que en esencia son solo diferentes por algunos rasgos los cuales son: el aislamiento, la culpa, la soledad, el vacío existencial y la dificultad para concentrarse, actividad negativa desmedida, la intolerancia a estímulos displacenteros, la necesidad de cariño, el auto-engaño y la baja confianza.

Considerando estas convergencias entre adicciones se puede decir que los adictos al amor son iguales en términos de personalidad, a cualquier otro adicto y que por lo tanto éste tipo de adicción debe de ser tratada con la misma importancia. Se considera que es substancial estudiar dichos rasgos desde un punto de vista psicológico; lo que puede permitir entender al individuo en la estructura de su personalidad y la forma en la que interactúa en su entorno. A continuación se hace una revisión de los rasgos en los que se concuerda la adicción en general y la adicción al amor los cuales son: Afectividad negativa desmedida, Baja auto-estima, Búsqueda exagerada de sensaciones, Culpables, Dependencia, Deprimidos, Impulsividad, Intolerante a estímulos displacenteros, Vacío existencial, Ansiosos, Incompletos (necesidad de cariño), Auto-engaño (controlabilidad), Bajo auto-control y Baja confianza así como de los rasgos específicos de los adictos al amor que son: Auto-destrucción, Co-dependencia, Desesperados, Desesperanzados, Enojados, Obsesión-compulsión, Sensación de urgencia, Solos, Tolerancia y Violentos (p.e. Alonso-Fernández, 1996; Barrón, Mateos & Martínez, 2004; Echeburúa, 2000; Greenfield, 1999; Gwinnell, 1999; Mesa & León-Fuentes, 1996; Mezzich, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci & Parks, 1997; Roth, 1995; Sánchez & Berjano, 1996; Sender, 1997; Váldez, 1997).

Con base en lo anterior, se presentan a continuación las definiciones y formas de medición de cada uno de estos rasgos.





2.3.1 AFECTIVIDAD NEGATIVA DESMEDIDA

Pauchard-Hafemann (s.f.) y Grimaldo (2003) señalan que el estado afectivo de una persona resulta ser un continuo permanente que cambia de acuerdo a una serie de circunstancias, en donde las emociones que lo constituyen se dividen en positivas y negativas.

A partir de ello, la gran mayoría de los estudios sobre la estructura del afecto concuerda en que el afecto está conformado por dos dimensiones o factores dominantes, generalmente denominados afecto positivo y afecto negativo (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985; Robles & Paez, 2003; Russell, 1980; Watson, Clark & Tellegen, 1984).

El afecto positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Las personas con alto AP experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. En contraste, las personas con bajo AP tienden a manifestar desinterés y aburrimiento (Clark, Watson & Mineka, 1994; Robles & Paez, 2003).

Por su parte, el afecto negativo (AN) se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo (Watson & Clark, 1993) ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de AN se ha relacionado con: a) experiencia de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción (Watson & Pennebaker, 1989), b) actitudes negativas y pesimismo (Watson & Tellegen, 1985), c) problemas o quejas somáticas (Clark, Beck & Stewart, 1990), y d) insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás (Gara et al., 1993 citado en Robles & Páez, 2003). Los estados afectivos negativos son el efecto directo de situaciones de maltrato personal. En todos ellos se presenta una clara sensación de malestar, que puede llegar a sufrimientos intensos, acompañado de humor negativo e incapacidad de goce y resultan fundamentalmente de la evaluación de los propios recursos que el sujeto hace frente a situaciones de maltrato personal (Grimaldo, 2003).

Aunque los términos afecto “positivo” y “negativo” pueden sugerir que ambos factores son opuestos (es decir, que son extremos de una misma dimensión), de acuerdo





a diversos autores son más bien dimensiones altamente diferenciadas e independientes (Carroll, Yik, Russell & Keldman, 1999; Diener & Emmons, 1984; Robles & Paez, 2003; Watson & Clark, 1994; Watson & Tellegen, 1985).

Watson, Clark y Tellegen (1984) propusieron un modelo Bifactorial de afectos positivos y negativos, ellos parten del supuesto que los afectos pueden agruparse en dos factores o dimensiones, por un lado el factor positivo y por otro el negativo. Cada uno de los cuales es independiente y no correlacionado.

Los afectos negativos se correlacionarían con estrés psico-fisiológico y se refieren a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de afectos negativos, se ha relacionado con experiencias de emociones negativas como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, actitudes negativas y pesimismo (Watson & Clark, 1984), problemas o quejas somáticas (Clark, Beck & Stewart, 1990).

En la actualidad existen varias medidas para evaluar estas dos dimensiones del afecto entre las que destacan, por sus propiedades psicométricas, las escalas de afecto positivo y negativo desarrolladas por Watson, Clark y Tellegen (1988): PANAS, (*Positive and Negative Affect Schedule*). La versión original de PANAS consta de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afecto positivo, y diez afecto negativo. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y las que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala de cinco puntos, en donde 1 significa "muy poco o nada", y 5 "extremadamente".

Todos los reactivos se pueden contestar en respuesta a una o más de siete instrucciones diferentes: 1) al momento, 2) hoy, 3) los últimos días, 4) en la última semana, 5) en las últimas semanas, 6) en el año y 7) generalmente; por lo que existen versiones cortas y extensas de las escalas -por ejemplo: la versión corta de Mackinnon, Jorm, Christensen, Korten, Jacomb y Rodgers (1999), y la versión extensa de Bagozzi (1993).

El PANAS se caracteriza por una alta congruencia interna, con alfas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo, y de 0.84 a 0.87 para el afecto negativo. La correlación entre los





dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23. Además, los coeficientes confiabilidad test-retest de las puntuaciones de afecto negativo y positivo “generalmente” (.71 y .68 respectivamente) son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar al afecto como un rasgo de personalidad estable en el tiempo (afecto como estado) (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Las escalas *PANAS* han demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal, de adolescentes, adultos y adultos mayores (Huebner & Dew, 1995; Kercher, 1992).

2.3.2 AFRONTAMIENTO INADAPTATIVO

El término afrontamiento (*coping*), fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como los esfuerzos cognoscitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Galán Rodríguez & Perona Garcelán, 2001; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988) concuerdan en determinar tres dominios de las estrategias, según estén dirigidas a:

- ✓ la valoración *-afrontamiento cognoscitivo-*: intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- ✓ el problema *-afrontamiento conductual-*: conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- ✓ la emoción *-afrontamiento afectivo-*: regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

Enriquez (1997) considera el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos emocionales y cognitivos, así como las manifestaciones conductuales que desarrollan las personas para restaurar o construir un nuevo equilibrio en la relación individuo -medio,





teniendo en cuenta tanto el problema (cambio ambiental) como nuestro propio estado individual (bienestar bio-psico-social).

Dentro de las definiciones anteriormente mencionadas se puede observar que el afrontamiento, es aquel proceso mediante el cual las personas reaccionan a los estímulos ambientales, pero no tiene que ver con el concepto que los autores (Echeburúa, 2000; Elster, 2002) mencionan al hablar de los adictos, ya que se plantea que las personas tienen afrontamiento inadaptable, pero es difícil definir exactamente qué es una conducta desadaptativa, ya que la mayoría de las conductas no es no totalmente adaptativa ni totalmente desadaptativa. De hecho, la mayor parte de las conductas es una mezcla de ambas, dependiendo de los propios objetivos. Las conductas que son totalmente desadaptativas no deberían persistir, ya que producen consecuencias desfavorables. Cabe señalar que estos patrones persistentes de conducta tienen que producir algún resultado favorable, incluso si sus cualidades adaptativas no son obvias. En las personas adictas sus estrategias les pueden resultar efectivas para lo que desean y no así para otras personas.

Partiendo de esta premisa se no se encuentran instrumentos que midan la variable.

2.3.3 ANSIEDAD

Este concepto puede definirse como un tipo de respuesta adaptativa que genera en los individuos un intenso malestar mental, además de un sentimiento de incapacidad de control sobre los sucesos futuros, y por lo cual debe de resolver las cosas (Hamilton, 1959; Hamilton, 1969). Anteriormente, Freud (1953) identificó a la ansiedad dentro de la neurosis de angustia, como parte de un diagnóstico diferenciado, y suponía que su origen se encontraba en las pulsiones sexuales o agresivas de una persona que resultaban inaceptables para el mismo, de tal manera que la angustia actúa como un método de defensa represor psíquico de las pulsiones.





Díaz-Guerrero y Spielberger (1975) la definen como una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria, como una disposición a responder a la tensión psicológica con niveles distintos de intensidad, de tal manera que ésta es vista como un estado emocional en el que se experimenta una sensación de inquietud y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente, que se puede vivir a cualquier edad, en especial se vive en tensión constante (familiar o laboral), donde no se vive o disfruta el presente, por preocuparse por el futuro.

Al parecer, la ansiedad no es únicamente un rasgo de personalidad, sino también puede ser circunstancial o situacional, de tal suerte que han surgido operacionalizaciones para ambos tipos, entendidos como:

- ✓ **Rasgo:** evalúa la consistencia de la ansiedad en distintos contextos o situaciones.
- ✓ **Estado:** estima la ansiedad como dependiente del contexto o momento determinado.

La ansiedad es el miedo a una situación real y al desconocimiento de cuál será el desenlace de dicha situación. Habitualmente se acompaña de incapacidad para manejarla o resolverla y tiene características mentales y físicas como: sentimientos de malestar, miedo y a la sensación de inquietud o temor emocional que a veces no puede expresarse verbalmente (Yaryura & Neziroglu, 1997).

Los instrumentos que miden la ansiedad son: Inventario de Ansiedad al Discurso (*The Speech Anxiety Inventory, SAI*), compuesto por dos escalas diferentes: Rasgo de Miedo a Hablar en Público (*Speech Anxiety-Trait, SAT*) y Estado de Miedo a Hablar en Público (*Speech Anxiety-State, SAS*). El *SAI* se elaboró inicialmente para investigar varias hipótesis relacionadas con ansiedad-rasgo y ansiedad-estado (Spielberger, 1966), en situación de hablar en público. El *SAT* permite identificar individuos con elevado miedo a hablar en público; consta de 28 ítems y una escala de 4 puntos, de 1 («casi nunca») a 4 («casi siempre»). El *SAS* ofrece una medida de la ansiedad experimentada al dar una charla; incluye 23 ítems y una escala de 4 puntos (Lamb, 1972).

Inventario de Ansiedad: Rasgo Estado IDARE, consiste en dos escalas de auto-informe. Una diseñada para medir la ansiedad como estado (*SXE*) y la otra la ansiedad





como rasgo (SXR); ambas constan de 20 reactivos en una escala tipo Likert de 4 opciones que van de “no en lo absoluto” a “mucho”. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala: 20-31 Ansiedad muy baja, 32 - 43 Ansiedad baja, 44 - 55 Ansiedad Media, 56 - 67 Ansiedad Alta y 68 - 80 Ansiedad Muy Alta (Spielberger & Díaz Guerrero, 1975).

El *Hamilton Anxiety Scale HAMA*, consta de 14 ítems, cada uno definido por una serie de síntomas. Como en el caso de la HAMA, Hamilton menciona sólo directrices generales sobre la administración y puntuación de la escala, se tienen preguntas para obtener información de los pacientes o comportamiento específicos que son líneas que han sido desarrolladas para determinar la puntuación. Cada tema está valorado en una escala de 5 puntos, que van desde 0 no presente a 4 grave (Guy, 1976).

El *Beck Anxiety Inventory (BAI)* se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento fiable que discriminar la ansiedad de la depresión al tiempo que mostrar la validez convergente. La escala consta de 21 ítems, cada uno describiendo un síntoma común de la ansiedad. Se pide que conteste el participante por cada uno de los síntomas durante la semana pasada en una escala de 4 puntos que van de 0 a 3. Los elementos se suman a continuación para obtener una puntuación total que puede variar de 0 a 63 (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

2.3.4 AUTO-DESTRUCCIÓN

Litman (1983 citado en Farberow, 1984) menciona que la conducta auto-destructiva se divide en directa o indirecta, y que lo que cambia es la meta consciente de la conducta. Si la meta principal es dañarse a sí mismo, el término conducta auto-destructiva es correcto y el suicidio es su forma extrema. En el comportamiento auto-destructivo indirecto el dañarse a sí mismo no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye errores relativamente insignificantes, auto-castigo y pequeños riesgos que sumados aumentan la posibilidad de lesiones serias y la muerte. De esta manera, comienza a fallar la prueba de realidad y se activan esquemas de acción narcisistas.





Al igual que no existe información y definiciones del término no existen escalas capaces de medirlo.

2.3.5 AUTO-ENGAÑO

El auto-engañó forma parte de la constelación caracteropática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de una vida azarosa. El auto-engañó se gesta durante la etapa pre-adictiva del sujeto, cuando -para justificar su comportamiento- el sujeto se ve obligado a ser insincero. Es importante matizar que estos primeros engaños deben suponer un cierto esfuerzo activo, incluso un conflicto que periódicamente se reproducirá en tanto se mantenga el comportamiento adictivo. Sería el clásico ejemplo de un joven que empieza a consumir drogas y se ve obligado tarde o temprano a mentir para disimular su condición o por justificarse (hurtos domésticos, estafas). Al principio le cuesta engañar y sufre por haber mentido a seres queridos o allegados. Poco a poco, y a base de repetir dicho comportamiento termina no costándole engañar (o si se prefiere extinguiendo la ansiedad asociada al acto de mentir) y con el tiempo acaba por no distinguir verdad de mentira; simplemente se limita a decir con toda naturalidad aquello que más le conviene, sea o no veraz (Sirvent, 1989).

El sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables. A base de repetir y sofisticar engaños, el sujeto los interioriza de forma que acaba amalgamando realidad y ficción en un todo confuso guiado por la ley de "responder siempre lo que más convenga" sea o no verdad. El siguiente paso es la transformación de la mentira en auto-engañó (que tiene un carácter puramente acomodaticio). El auto-engañó - finalmente- puede diferenciarse más aún transformándose en mixtificación (Sirvent, 2007).

Respecto a las componentes del auto-engañó (Sirvent, 2007), citaremos los siguientes: manipulación, reiteración, mecanismos de negación y no afrontamiento, y auto-engañó propiamente dicho. La manipulación emocional equivale al intento de





modificar los auténticos sentimientos del interlocutor. La negación de la realidad puede ser un mecanismo de defensa del yo frente a la realidad: el yo niega hechos evidentes o situaciones reales, cerrando el paso a la percepción de cosas que no acepta.

Marmer (1980) afirma que mediante la negación, se invalida una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera, y se observa en muchos pacientes con adicciones que no son conscientes de las consecuencias de sus conductas. Se diferencia de la represión en que existe una cierta conciencia y se niega una parte de la realidad, no un simple contenido mental. La negativa persistente a dejarse influir por las evidencias externas también indica el funcionamiento del mecanismo de negación”.

El auto-engaño es el desconocimiento voluntario, es una disposición a ignorar lo inconveniente, ganas de pasar por alto lo indeseable, voluntad de rechazar lo sabido (Elster, 2002).

Un aspecto que está íntimamente relacionado es el concepto de deseabilidad social o tendencia natural a contestar los ítems de forma que se responde a presiones sociales o normativas en lugar de proporcionar un auto-informe verídico (Ellingson, Smith & Sackett, 2002). Cuando se ha medido este concepto se ha encontrado que surgen dos dimensiones el manejo de impresiones y auto-engaño (Paulhus, 2002). Lo que se intenta hacer es brindar una imagen favorable es un acto de manipulación voluntaria y por tanto consciente. El manejo de impresiones sería así la dimensión consciente de la deseabilidad social e indica una tendencia a adaptar intencionalmente la imagen pública de uno mismo, con objeto de obtener una visión favorable por parte de los demás. Cuando dicha manipulación se efectúa de forma automática, prácticamente involuntaria e inconsciente se está hablando de auto-engaño (Ver figura 7).



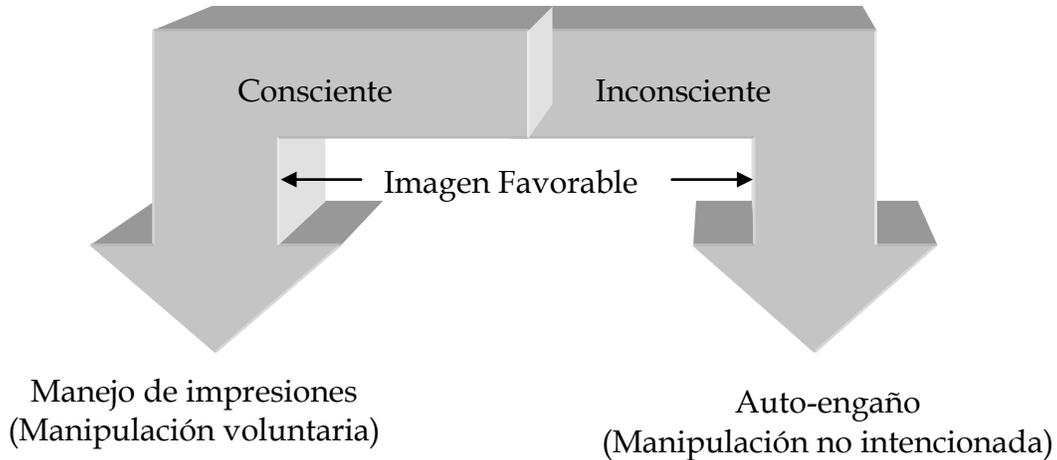


Figura 7. Esquema de Deseabilidad Social de Paulhus

Se creía que la deseabilidad social era unidimensional. Sin embargo, un grupo de autores (McCrae & Costa, 1983; Ones, Viswesvaran & Reiss, 1996; Salgado, Remeseiro, & Iglesias, 1996) afirmaron que dicho concepto no era algo meramente circunstancial o dependiente de la situación presente, sino que formaba parte de la naturaleza, de la personalidad del sujeto como una característica estable. La deseabilidad social sería una característica estable de la personalidad que indicaría diferencias más sustantivas y significativas.

La persona que engaña, falsea o embauca sufre ya sea por la auto-reprobación ética o moral, o por el esfuerzo de recordar la mentira al objeto de hacerla congruente. El caso es que dicho sufrimiento puede subsanarse mediante el auto-engaño, cuya función es automatizar el acto de mentir hasta el punto de incorporarlo al patrimonio cognitivo del sujeto (Sirvent, 2007).

Para Trivers (2002) la función capital del auto-engaño es poder mentir más fácilmente a otros, por cuanto la credulidad en el propio cuento lo hace más convincente para los demás. El auto-engaño ayuda a falsear de manera más convincente y la capacidad para creernos nuestras propias mentiras nos ayuda a embaucar más eficazmente. Por otra parte, permite alcanzar el grado de perfección de “mentir con





sinceridad”, sin necesidad de hacer un montaje teatral para fingir que estamos diciendo la verdad.

Instrumentos de evaluación del auto-engaño: Hablando de las escalas de Deseabilidad Social se encuentran la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (1957), la Escala de Deseabilidad Social de Crowne y Marlowe (1964), y la Escala de Sinceridad de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1964 que originalmente era una escala de mentira).

Los instrumentos que miden directamente el auto-engaño son:

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, tiene una escala K que detecta los sesgos negativos o la tendencia a aparentar una peor imagen de uno mismo, y una escala L (mentira) que trata de detectar los sesgos positivos o la tendencia a aparentar una buena imagen personal (Hathaway & McKinley, 1943). Eysenck, en su primer cuestionario de personalidad, *Maudsley Personality Inventory (MPI)*; predecesor del *Eysenck Personality Inventory; EPI*, incluyó una escala para evaluar la deseabilidad social, derivada de la escala L del MMPI.

El *Balanced Inventory of Desirable Responding BIDR* que contiene 40 ítems, con factores de 20 ítems cada una, las cuales evalúan el manejo de impresiones y el auto-engaño (Paulhus, 2002).

El inventario de mixtificación y auto-engaño IMA, que consta de 50 ítems, 4 subescalas auto-engaño, manipulación, mecanismos de negación y mixtificación y 10 factores insinceridad, personalidad opaca, registro interesado de la realidad, rigidez mental, engaño como forma de vida, rechazo, ofuscamiento, distorsión auto perceptiva-fantasia, amnesia selectiva- Insensibilidad de la atención, proyección, coraza defensiva, falsa apariencia, y personalidad egoísta (Sirvent, 2007).

2.3.6 AUTO-ESTIMA

Existen distintas definiciones con respecto a este factor; entre los estudiosos de la materia se encuentran Second y Backman (1964), quienes sostienen que la actitud que tiene una persona hacia sí misma consta de tres aspectos: el cognoscitivo, el afectivo y el





conductual. Cualquier actitud trae consigo el criterio de malo o bueno asociado con alguno de los aspectos anteriores. El componente ya sea evaluativo, crítico o afectivo que forman la concepción que una persona tiene de sí mismo es a lo que comúnmente se le llama auto-estima.

Otro de los iniciadores del estudio de la auto-estima fue Rosenberg (1965) quien la definía como una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular, llamado el self. Sostiene que, mientras el auto-concepto describe al self, la auto-estima es el componente evaluativo del auto-concepto influenciado por la discrepancia ente el self deseado y el self real. Considera que la auto-estima es el valor o la valía de las descripciones del auto-concepto. Es la actitud hacia uno mismo, la cual posee alcances, hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables o desfavorables del sí mismo.

Coopersmith (1967) define la auto-estima como un proceso por el cual uno se evalúa y esta depende de lo que se pretende ser y alcanzar. La esta auto-evaluación es expresada mediante juicios sobre ciertas dimensiones referentes a la propia persona y también es manifestada mediante la conducta individual. Las dimensiones refieren básicamente atributos y capacidades.

Maslow (1975 citado en De Mézerville, 2004) difundió el papel que desempeña la auto-estima en la vida humana al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima: la estima propia y aquella que proviene de los demás. Propone que la auto-estima más estable y por tanto más sana se basa en el respeto merecido por parte de otros, más que en la fama y la celebridad externas o en la adulación injustificada.

Gergen (1977 citado en Márquez, 2006) menciona que la auto-estima se va modificando a lo largo de la vida por influencia del medio social y cultural, dado que las personas se encuentran en un estado de permanente construcción y reconstrucción. De esta manera concluye que la auto-estima está integrada al entendimiento y a la predicción del curso de la vida diaria, así como a las relaciones humanas y las emociones, los cuales se encuentran en estrecha relación con los sentimientos hacia los otros, el poder y la influencia de la vida social, los logros y las metas.





De acuerdo con Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), la auto-estima es está formada por componentes que se despliegan en cierto orden, y cada uno a su vez brinda los elementos que permiten que el que sigue pueda desarrollarse, formando un conjunto lo que estos autores denominan la escalera de la auto-estima. Esta escalera está a compuesta de la siguiente manera: auto-concepto, auto-evaluación, auto-aceptación, auto-respeto y por último la auto-estima: implica la síntesis de todos los componentes anteriores. Bednar, Wells y Peterson (1989) y Tovar Ramírez (1996) señalan que varios autores como, Adler, Allport, Cooley, Fenichel, Jacobson, Kelemberg, Rogers y James coinciden en señalar que la auto-estima tiene sus bases o raíces de estudio en el concepto del self que significa "sí mismo". En general, el self abarca todas las áreas relacionadas con la persona, es la suma total de la interacción entre imágenes, afectos y representaciones que el individuo tiene de sí mismo. Es el sentimiento de lo que se es y cree ser.

Para Rodríguez et al. (1988) la auto-estima es la base y centro del desarrollo humano; es el conocimiento, concientización y práctica de todo el potencial de cada individuo.

Mckay y Fanning (1991 citado en Márquez, 2006) la definen como la capacidad de aceptación sin juicios ni valoraciones que el ser humano debe tener hacia su persona y hacia los demás, en donde la auto-estima no depende de las conductas que emita el sujeto, sino de la habilidad que tenga para afrontar cualquier conflicto y resolverlo e en diferentes áreas de su vida.

Para Reyes Lagunes (1998) la auto-estima es una estructura mental conformada por todas las características que el individuo se atribuye a sí mismo y si éstas le gustan o no, es decir que tan a gusto estás con lo que se atribuye.

También es concebida como el conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma. En la dimensión subjetiva intelectual es conformada por los pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas, las creencias acerca de uno mismo, pero también por las interpretaciones que se elaboran sobre lo que nos pasa y lo que hacemos que suceda. Es





una conciencia del Yo en el mundo y, por ende, es también una visión del mundo y de la vida. En la dimensión subjetiva afectiva, contiene las emociones, los afectos y los deseos fundamentales sentidos sobre uno mismo, sobre la propia historia, los acontecimientos que nos marcan las experiencias vividas y también las fantaseadas, imaginadas y soñadas (Lagarde, 2000).

Para Branden (2003) la auto-estima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en: Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida. Confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Otros autores como Díaz Loving y Sánchez Aragón (2002) definen a la auto-estima como la predisposición adquirida del individuo a responder hacia sí mismo, lo que repercute en la satisfacción de la mayoría de los intereses del ser en la vida.

Todos estos autores coinciden en definir a la auto-estima como la evaluación que una persona hace respecto a sí misma resultantes de ciertas operaciones y procesos psicológicos involucrados (juicios), los cuales producen sentimientos y emociones positivos o negativos dependiendo de ciertas competencias y habilidades. Resaltan el aspecto social referente a la retroalimentación recibida por las personas significativas y al contexto que refiere al conjunto de creencias, normas y valores que prevalecen en el entorno social del individuo.

Existen diversas escalas desarrolladas para medir la auto-estima, a continuación se mencionan algunos de los instrumentos más utilizados. Escala de Auto-estima de Rosenberg (1965), consta de 10 ítems que miden la auto-estima así como aquellos sentimientos de respeto y apreciación por uno mismo. Las opciones de respuesta son 4 en una escala tipo Likert. Para su calificación se divide la escala en 6 ítems significando un puntaje de 6 baja auto-estima y un puntaje de 0 alta auto-estima.

Inventario de Auto-estima de Coopersmith (1975), es una escala de 25 ítems de elección obligada con respuestas dicotómicas. La puntuación total es interpretada en intervalos de auto-estima alta, baja o media.





Escala de Auto-estima de Reidl Martínez (1981), consiste en 20 afirmaciones las cuales se refieren a cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, de dependencia-independencia y sentimientos generales hacia sí mismo. Las respuestas son de tipo Likert de 3 opciones.

IMAE (O'Brien & Epstein, 1983), está constituido por unas 116 ítems de respuesta obligatoria que deben ser puntuadas e interpretadas según 11 escalas Auto-estima global, competencia, habilidad para ser amado, habilidad para ser apreciado, poder personal, auto-control, auto-aprobación moral, aspecto físico, funcionamiento corporal, integración de la identidad y fortalecimiento de la auto-estima defensiva.

Escala de Auto-estima de Reyes Lagunes y Hernández Manzo (1998), está compuesta por 47 ítems en una escala Likert pictórica de 7 intervalos, tiene 8 factores: Social Expresivo, Inteligencia Emocional, Romántico, Ético Moral, Control Externo Instrumental Negativo, Control Externo Pasivo Negativo, Individualismo y Control Normativo.

Técnicas Proyectivas como medición de la auto-estima: son sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta porque provocan respuestas subjetivas y multidimensionales que puede aprovechar el entrevistador para conocer a través de los contenidos la auto-estima de la persona. Entre estas técnicas se encuentran: Test de Rorschach, Test de Relaciones Objetales de Phillipson, Dibujo de la Figura Humana de Machover, Test de la Familia de Corman, el Juego, Prueba de Frases Incompletas, etc. (Fernández Ballesteros, 1992).

2.3.7 BÚSQUEDA EXAGERADA DE SENSACIONES

Para Babbit, Rowland y Franken (1990) los humanos buscan conservar cierto nivel de estimulación y de actividad. La teoría sugiere que si los niveles de estimulación y de actividad son demasiados bajos, trataremos de aumentarlos buscando estimulación. El nivel óptimo de excitación varía mucho en cada persona, teniendo algunos niveles





especialmente altos de excitación y estas personas intentan evitar el aburrimiento buscando situaciones desafiantes.

El concepto de búsqueda de sensaciones fue desarrollado por Zuckerman y otros (Zuckerman, 1979, 1984; Zuckerman, Eysenck & Eysenck, 1978) y ha merecido una considerable atención desde su desarrollo original. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que Zuckerman (1979) considera como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias.

Zuckerman (1994) la define como la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, nuevas, variadas y complejas, con la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgo físico, social, legal o financiero. Esta dimensión se caracterizaría por una tendencia a actuar sin planificar las acciones y actuar impulsivamente sin haber pensado en las consecuencias, con una búsqueda activa de experiencias que supongan excitación y riesgo.

La búsqueda de sensaciones se ha conceptualizado como una característica con base biológica (Zuckerman, 1983). Distintas medidas bioquímicas y psicofisiológicas, tales como los niveles de monoaminooxidasa (MAO) (Fowler, von Knorring & Oreland, 1980; Ward, Catts, Norman, Burrows & McConaghy, 1987), el promedio de potenciales evocados (Orlebeke, Kok & Zeillemaker, 1989) y niveles de testosterona (Daitzman, Zuckerman, Sammelwitz & Ganjan, 1978) han mostrado que mantienen una relación con el rasgo de búsqueda de sensaciones. Los sujetos con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones, suelen tener bajos niveles de MAO, teniendo este hecho muchas consecuencias en el funcionamiento psicofísico del sujeto. Así, los sujetos con bajos niveles de MAO tienden a tener altas puntuaciones en el rasgo, tienen respuestas de orientación intensas y débiles respuestas de defensa, su nivel de activación cortical es crónicamente inferior al de los sujetos con bajas puntuaciones en la dimensión de búsqueda de sensaciones.

Sobre la base de los resultados fisiológicos y bioquímicos, Zuckerman ha propuesto un modelo biológico de la búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1984). Esta





hipótesis permite -predecir una relativa estabilidad intra-individual de búsqueda de sensaciones, desde la infancia hasta la edad adulta.

Aunque hay mucha evidencia para apoyar la relación entre la personalidad y de la búsqueda de riesgos, la naturaleza exacta de esta relación aún no es clara. Los investigadores de la búsqueda de riesgos describen el proceso de la toma de decisiones como un equilibrio entre la recompensa esperada y la percibida que viene. En una situación de riesgo, una persona debe sopesar los beneficios y las pérdidas potenciales antes de tomar una decisión (Lubliner, 2002).

Se ha demostrado que la búsqueda de sensaciones fue un predictor pertinentes de una amplia gama de comportamientos, como el uso de drogas y tabaco (Zuckerman et al., 1978; Zuckerman, Ball & 1990), los comportamientos sexuales (Zuckerman et al., 1978), la búsqueda de experiencias inusuales (Zuckerman, Bone, Neary, Mangelsdorff & Brustman, 1972).

La *Sensation Seeking Scale (SSS)* es un cuestionario de 40 reactivos en lo que la elección es forzada, las personas eligen entre dos opciones, cuenta con cuatro sub-escalas de 10 reactivos cada una, la primera de ellas desinhibición que se refiere a el deseo de la desinhibición social y sexual, así como el beber de manera social, la búsqueda de fiestas, y la variedad de parejas sexuales; la segunda es la susceptibilidad al aburrimiento que es la aversión a la repetición, a la rutina y la gente aburrida, así como la inquietud cuando las cosas no cambian; la tercera es la búsqueda de emoción y aventura que contiene elementos que expresan el deseo de participar en deportes u otras actividades que implican una velocidad o de peligro; la cuarta es búsqueda de experiencia representa la búsqueda de experiencias a través de la mente y los sentidos, los viajes y un estilo de vida no conforme a lo estipulado. Se obtiene una puntuación total que va de 1 a 40 (Zuckerman et al., 1978).





2.3.8 CO-DEPENDENCIA

Subby (1984) define a la co-dependencia como una condición emocional, psicológica y conductual que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada y la práctica de una serie de reglas opresivas, reglas que impiden la expresión abierta de los sentimientos, así como la discusión directa de los problemas personales e interpersonales

En 1985 Wegsheider-Cruise, menciona que es una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) de una persona o de un objeto. A veces tan patológica, que afecta todas las otras relaciones.

Larsen (1987 citado en Barnetche de Castillo et al., 2000) la define como todas aquellas conductas aprendidas o defectos de carácter, que dan como resultado una capacidad disminuida para iniciar o participar en relaciones amorosas sanas.

El concepto de co-dependencia se comenzó a utilizar en los años setenta para describir a la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. Más tarde se ha hecho referencia al co-dependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto (Cocores, 1987).

Lasater (1988 citado en Barnetche de Castillo et al., 2000) menciona que el término co-dependiente se deriva del "co-alcohólico" o "co-adicto", ya que inicialmente se pensaba que los síntomas de la co-dependencia eran el resultado de la experiencia de vivir con un individuo alcohólico o drogo-dependiente. Sin embargo, cuando el adicto de la familia dejaba el consumo de la droga y comenzaba a recuperarse, el comportamiento co-dependiente de la pareja y otros miembros de la familia frecuentemente continuaba e incluso, en algunos casos, empeoraba.





Whitfield (1991) menciona que la co-dependencia implica cualquier sufrimiento y/o disfunción que está asociada o que resulta de enfocarse en las necesidades y conductas de otros.

Por su parte, Spann y Fischer (1990) indican que es un patrón de relacionarse con otros caracterizado por un extremo enfoque en el exterior del yo, falta de expresión de los sentimientos y un intento por derivar de las relaciones, el sentido de la propia existencia

El concepto se ha ido generalizando a familiares de personas con otras dependencias o con enfermedad crónica (esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer) e incluso a profesionales de la salud (Gómez Sanabria et al., 1998).

Pérez y Delgado (2003) la han definido como un patrón de comportamiento, que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no se de tipo afectivo. Aunque en general se hace uso de término de co-dependencia para referirse a un comportamiento que es característico de las esposas o madres de personas dependientes del uso de sustancias psico-activas.

Gómez, Bolaños y Rivero (s.f. citado en Zarco Iturbe 2005) señalan que la co-dependencia puede llegar a convertirse en una adicción más hasta el punto de que la mayoría de las características de un co-dependiente van a coincidir en gran medida con las del adicto, el co-dependiente es adicto al drogadicto.

Para Zarco Iturbe (2005) es una condición cognoscitiva, afectiva y conductual del individuo que se manifiesta en el ámbito interpersonal y en donde la persona llega a un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, tratando de resolverlos por ellos e invirtiendo toda su energía en ello; pierde el control de su propia vida en todos los ámbitos buscando siempre el control sobre los demás, se deja a sí mismo de lado para anteponer a los demás y que además tiene una necesidad continua y apremiante de ser aceptado, de pertenecer y de ser útil. En cuanto a sus relaciones de pareja, la dependencia es mayor debido al alto nivel de importancia que atribuye a esta relación.





El miedo al abandono por parte de su pareja es su mayor miedo, sin embargo, también tiene miedo de su propia dependencia, de perder por completo su identidad cada vez que renuncia a sus propios valores, principios o aficiones, para adoptar los de su pareja, que son los únicos que le importan. Niega sus sentimientos del mismo modo que se niega a sí mismo, le cuesta identificar en sí mismo los sentimientos negativos. Y esta represión de sentimientos se transforma en una necesidad de sentir a través de su pareja. Interna y calladamente se ve a sí mismo como una persona altruista y abnegada, dedicada a su pareja, a través de la cual define su propia identidad, porque para el co-dependiente no es suficiente sentirse amado: tiene que sentirse también necesitado. Cuando los demás están orgullosos de él, se siente feliz y su auto-estima aumenta, y cuando los demás lo desprecian se siente desgraciado y su auto-estima disminuye.

Los instrumentos que se han desarrollado para medirlo son: el *Codependence Questionnaire CdQ*, que cuenta con 36 ítems con formato de respuesta tipo Likert, los ítems están divididos en cuatro factores Intimidad, Control, Responsabilidad y Enganche (Roehling & Gaumont, 1996).

El *Codependency Assessment Tool*, el instrumento consta de 45 ítems en total que se dividen en cinco factores: Concentración en el otro, Baja Auto-estima, Negación del yo, Problemas Médicos y Problemas en la Familia de Origen (Hughes-Hammer, Martsof & Zeller, 1998).

La *Holyoake Codependency Index*, compuesta por 13 ítems y dividida en tres factores denominados Concentración externa, Auto-sacrificio y Reactividad (Dear & Roberts, 2002).

El Instrumento de Co-dependencia ICOD, el instrumento se compone de 30 reactivos con respuestas de 0 (no) a 3 (mucho), arrojó cuatro factores denominados Mecanismos de negación, Desarrollo incompleto de la identidad, Regresión emocional y Orientación rescatadora (Gayol & Lira, 2002).

La Escala de Adicción al Amor para Adultos, compuesta por 66 ítems en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, con siete dimensiones denominadas:





dependencia, necesidad apremiante, psicofisiológico (emocional), co-dependencia, resistencia, deseo incontrolado y celos (Retana Franco, 2004).

La Escala de Co-dependencia (Zarco Iturbe, 2005) con un alfa total de .96, esta escala se creó ya que los instrumentos reportados en la literatura no daban a conocer sus características psicométricas y los factores reportados no reflejaban las dimensiones del constructo sino los correlatos asociados con la variable (baja auto-estima, problemas de salud), por lo que se tomó como definición de la co-dependencia a una condición cognoscitiva, afectiva y conductual del individuo que se manifiesta en el ámbito interpersonal y en donde la persona llega a un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, tratando de resolverlos por ellos e invirtiendo toda su energía en ello; se pierde el control de su propia vida en todos los ámbitos buscando siempre el control sobre los demás, se deja a sí mismo de lado para anteponer a los demás y además tiene una necesidad continua y apremiante de ser aceptado, de pertenecer y ser útil. Así la escala quedó compuesta de 45 reactivos comprendidos en cuatro factores denominados altruismo (alfa=.93), abnegación (alfa=.92), dependencia (alfa=.87) y necesidad de complacer (alfa=.68). Es una escala que refleja un componente sociocultural algo que otras escalas no habían encontrado y que es importante para explicar el fenómeno.

2.3.9 CONFIANZA-INSEGURIDAD

Desde una perspectiva filosófica, la confianza se basa no sólo en las experiencias vividas hasta el momento presente sino también en la dimensión de esperanza en “lo bueno del ser humano” (Schottlaender, 1958). Para Jackson (1994) la confianza es la creencia de que el otro hará por mí en algún momento lo que se ha hecho por él (reciprocidad), es decir, que las acciones se llevan a cabo con la esperanza de que los compañeros se dirijan a uno con la misma actitud que uno tiene, de manera ideal, hacia ellos. Y este aspecto de reciprocidad es básico en las relaciones de pareja.





De acuerdo a Mayer et al. (1995) y la confianza representa una intención, voluntad o deseo de comprometerse en tomar un riesgo con respecto a la persona en la cual se va a confiar.

Para Branden (2003) la confianza es la capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.

Kipnis (1996) menciona que la confianza cuando es mutua que implica la cooperación y se basan en la identificación con los deseos y las intenciones del otro; tiene dos componentes la confianza acordada y la confianza recibida.

En su trabajo Stankov y Crawford (1997) caracterizan a la confianza como una medida estable y confiable entre las capacidades y la personalidad, representando un rasgo llamado "confianza en sí mismo". Aunque en el modelo de cinco grandes de la personalidad (Costa & McCrae, 1992) no sea considerado como un rasgo de personalidad, Stankov y Crawford sugieren que al haber diferencias individuales en este concepto es un indicador de que sí es un rasgo de la personalidad.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el término confianza, en su acepción de uso corriente, expresa la "esperanza firme que se tiene de una persona o cosa". Es decir, designa la calidad de una relación personal, o dicho de otro modo, sería la variable que determina mi conducta frente a una persona determinada o a un grupo de personas (Peterman, 1999).

La confianza es un concepto fundamental para describir interacciones sociales y maneras de actuar y solo tiene sentido cuando se le añade un "¿a quién?" o "¿para qué?", es decir, las definiciones de confianza se concretizan en el marco de las determinaciones especiales de un objetivo (Peterman, 1999).

Algunos autores definen la confianza como una vulnerabilidad consentida (Mayer et al. citado en Brislin, 2000; Meyerson et al., 1996; Mishra, 1996), otros como una creencia en el hecho de que el otro va a ser sincero y honesto, y que va a sacar partido de la situación, manifestando un débil oportunismo (Cummings & Bromiley, 1996). A estos primeros elementos de definición, hay que añadir la noción de incertidumbre y de toma de riesgos (Meyerson et al., 1996), los tres elementos -vulnerabilidad consentida,





creencia en el débil oportunismo del socio y toma de riesgos - que corresponden a la confianza que se otorga a alguien.

Para Gill, Boies, Finegan y McNally (2005) la confianza significa, tener esperanza y disminuir así, en cierta medida, la inseguridad. Con la confianza se quieren dominar aparentemente los riesgos y el cambio reinante en la actualidad, elevándose como una especie de bálsamo para las heridas producidas por la incertidumbre y el descontrol.

Al intentar estudiarla Lewicki y Benedict (1996) hacen una identificación de tres perspectivas diferentes para analizar la confianza: 1) del rasgo que se centra en las diferencias de personalidad en los individuos; 2) la sociológica y económica que se centra en la confianza como un fenómeno institucional, y 3) la psico-social que se centra en las transacciones interpersonales entre los individuos.

A pesar de que este concepto ha sido ampliamente investigado desde varias disciplinas, la diversidad de enfoques para tratar la confianza ha hecho difícil llegar a acuerdos para definirla y, por ende, operacionalizarla (Lewicki, McAllister & Bies, 1998; Kramer, 1999).

2.3.10 CULPA

Para Lewis (1971) la culpa es la emoción principalmente preocupada por un comportamiento particular, como algo separado del *self*; sin embargo, la sensación puede ser muy dolorosa, involucra un sentido de tensión, remordimiento acerca de lo que se hizo mal. En la culpa el foco está en algún comportamiento que ha transgredido una norma moral y esto genera sentimientos de pesar, remordimiento y/o preocupación (a veces extrema) por la persona dañada. La persona con culpa se siente mal, porque él o ella internamente evalúan su comportamiento como malo. Esta emoción puede alcanzar el nivel de odio hacia sí mismo, de desesperación, especialmente cuando el sentido del daño hecho es irreparable. La culpa involucra enfocarse en un comportamiento específico que es valorado de manera negativa, sin afectar el núcleo de la identidad o del





concepto del *self* que se tiene. Se da una tensión y remordimiento motivando a la acción reparadora- como sería confesar, pedir disculpar, o de alguna manera reparar el daño.

Narramore (1974) delineó un esquema psico-dinámico de la culpa como emanando principalmente del súper yo. Una fuente de culpa viene del *self* correctivo y el aquella que es saludable, es la que se internaliza de los regaños del cuidador o la voz de la conciencia. Por otro lado, está aquella denominada culpa no saludable que proviene del *self* punitivo, y que tiene sus orígenes en las amenazas de castigo, rechazo o sentirse avergonzado ante el cuidador.

Jones y Kugler (1993) identificaron tres tipos de culpa: culpa rasgo, culpa estado y culpa relacionada con las normas morales.

Ferguson y Crowley (1997) señalan que la culpa es un estado negativo de agitación en el que el actor se siente ansioso de haber perpetrado un acto indebido y dese cambiar la situación.

Zabalegui (1997) define a la culpa como una valoración cognoscitiva y afectiva, de comportamientos, cuando éstos no están de acuerdo con una determinada escala de valores morales. Debe incluirse en su conceptualización los influjos anteriores (objeto, gravedad de la transgresión, castigos experimentados anteriormente, estilo de educación, ambiente cultural, valores en uso dentro de su grupo), los rasgos personales del culpable (predominio del pensamiento o de la afectividad, fortaleza o debilidad del yo, auto-estima alta o baja), y los hábitos o repertorios de conductas ulteriores con diferente probabilidad de que se repitan (confesión, penitencia, reparación, cambio de actitudes, huida, etc.). Así se le puede considerar como un rasgo de personalidad.

Las conductas generadoras de culpa pueden ser muy variadas. En unos casos hacen referencia a elementos externos, como la actividad laboral, el manejo inadecuado del dinero o de las compras o el descontrol en la dieta; en otros, a elementos más internos, como la actuación como padres, la fidelidad con la pareja o las conductas de *traición* con amigos o compañeros de trabajo. La culpa remite muy frecuentemente a hechos del pasado -incluso del pasado lejano ("*no fui la buena hija que ella se merecía*")- y





aparece más fácilmente cuando las metas trazadas por el sujeto son excesivamente altas (Echeburúa, Corral & Amor, 2001).

Son tres los elementos principales de los que consta la culpa (Pérez Domínguez, Martín-Santos, Bulbena & Berrios, 2000): a) el acto causal (real o imaginario); b) la percepción y auto-valoración negativa de tal acto por parte del sujeto (la mala conciencia); y c) la emoción negativa derivada de la culpa propiamente dicha (el remordimiento).

Desde una perspectiva psicopatológica, la culpa puede ser anormal por exceso (depresión o personalidad obsesiva) o por defecto (psicopatía o personalidad paranoica. En uno y otro caso hay una distorsión de la conciencia de la situación. El sentimiento de culpa excesiva o inapropiada está muy vinculado a la depresión, como síntoma propio de un episodio depresivo, y al trastorno obsesivo de la personalidad, caracterizado por un nivel alto de exigencia y de perfeccionismo. En estos casos, sobre todo en la depresión, el aspecto emocional -el sentimiento-, en función de ideas sobrevaloradas o incluso delirantes, aparece dissociado e incluso independiente del acto negativo. Los sentimientos de culpa e indignidad son muy intensos, basados en incidentes triviales o culpas leves del pasado, que ahora el deprimido convierte en una montaña de indignidad y daño (por ejemplo, «soy un monstruo», "yo no valgo para nada", «he sembrado el daño a mi alrededor», «tengo la culpa de la muerte de...», etcétera). Es decir, la persona se siente culpable sin haber hecho algo objetivamente malo o incluso sin saber por qué. Esta culpa anómala, referida a conductas que están más allá del control del sujeto, es destructiva e impide al sujeto experimentar alegría por las conductas que realiza de manera correcta y, en último término, disfrutar de la vida. El dolor puede combatirse con analgésicos, pero la culpa no (Harder, 1995).

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral. La mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas. Las personas introvertidas y con rasgos obsesivos tienden a vivir la culpa con más intensidad. Se encuentra que los estilos educativos centrados en el castigo físico provocan respuestas





agresivas; por el contrario, los castigos psicológicos (“ya no te quiero”, “así correspondes a los sacrificios hechos por ti”) suscitan sentimientos de culpa intensos (Bybee, 1998).

La culpa funciona como un auto-castigo por los errores cometidos en el pasado, en estos casos el profundo malestar experimentado, la percepción de irreparabilidad del daño efectuado y el deseo de expiar una culpa puede llevar a la persona al suicidio. En el caso contrario la culpa puede estar representando una alteración grave del desarrollo emocional, en donde no se siente arrepentimiento ni compasión por las víctimas a las que se les hace daño (Corral, 1994; Garrido, 2000).

Para Peck (1978) cualquier emoción humana puede llegar a ser internalizada. Es decir, cuando se produzca la interiorización de la emoción, ésta deja de funcionar en la forma de una emoción y se convierte en un estilo caracterológico. La emoción se convierte en el núcleo del carácter de la persona, en su identidad.*

La emoción de la culpa es la base de la conciencia. Ayuda a determinar el bien del mal. La culpa interiorizada conlleva un sentido de desesperanza, ya que se cree que la persona es defectuosa y sin posibilidad de reparación. Las personas culpables se sienten todo el tiempo atormentados, consideran que poseen una maldad global, se mantienen en angustia constante ya que nunca están seguros de que es lo que hicieron mal y como es que tienen que solucionarlo, pero saben que es irremediable. El culpable siempre busca el dolor, que lo lastimen, lastimarse a sí mismo o lastimar a los demás, tienen auto-conversaciones negativas, experimentan sus sentimientos de manera desproporcional, se siente horrible y asqueada de sí misma por cualquier evento aun de menor importancia. Todo esto hace mella sobre la autoestima general. Cuando la persona llega a formar una relación, no hay necesidad de tener un disparador externo para que pueda surgir, sino que de vez en cuando y espontáneamente entra en la propia conciencia, haciendo que la gente se sienta defectuosa e indigna. En otros casos, la culpa

* Esto entonces sucedería en todos los casos en los que se habla de emociones por ejemplo el enojo o la vergüenza, existe un momento en que las personas la interiorizan y se vuelven enojonas o avergonzadas.





puede surgir por un error mínimo que la persona hace. Se vive como una sensación generalizada que se mantiene dentro del individuo, independientemente de lo que se hace, pero se siente que es imperdonable (Bradshaw, 1988).

Las escalas para medir a la culpa son el SC-35 es una Escala para Sentimiento de Culpa (Zabalegui, 1993) y está compuesta por 35 reactivos. En ella se mide la tendencia a experimentar sentimientos de culpa.

El GI que es el *Guilt Inventory* de Kugler y Jones (1992) tiene 45 reactivos y consta de tres factores Culpa-estado, Culpa-rasgo y Principios morales.

El *Interpersonal Guilt Questionnaire (ICG)* de O'Connor, Berry, Weiss, Bush y Sampson, (1997), compuesta de 45 reactivos que evalúan la culpa interpersonal.

La Escala de Sentimientos de Culpa (ESC) de Berrios et al. (1992) está compuesta de 7 reactivos y ellos se evalúan los sentimiento de culpa en la depresión (cognoscitiva y afectiva).

El *IGQ-67 (Interpersonal Guilt Questionnaire-67)* es una medida de la culpa basada en esquemas de creencias irracionales o patológicas.

2.3.11 DEPENDENCIA

De acuerdo con Horney (1950 citado en Zarco Iturbe, 2005) los adultos sanos son capaces de funcionar autónomamente, pero también necesitan de la presencia física y emocional y el apoyo y cuidado de otros. Esta interdependencia es necesaria para el crecimiento personal y la realización de la individualidad. Sin embargo, la neurosis resulta cuando se vuelven fuertemente dependientes de otros para sentirse bien con ellos mismos. Al extremo, esta orientación interpersonal dependiente puede llevar a una “dependencia mórbida”, la cual existe cuando el deseo de ser amado se vuelve un reclamo urgente y desesperado hacia los otros.

Heathers (1955) distingue dos tipos de dependencia interpersonal: la instrumental y la emocional. La primera se caracteriza por falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social por sensación de





indefensión; en definitiva, por una escasa capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades y desenvolverse con eficacia. Sin embargo, la dependencia emocional tendría un sustrato puramente en su fundamento de la necesidad de otro. Basándose en estos constructos en 1977 Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff crean el *Interpersonal Dependence Inventory*

Nietzel y Harris en 1990, conceptualizan la dependencia como un rasgo relacionado con la depresión, y anotan: la persona dependiente-vulnerable busca constantemente la aceptación y el amor de los otros para mantener su frágil auto-estima.

Depender emocionalmente de otra persona, significa paralizarnos si esa persona no nos da su aprobación, ser felices o desgraciados según el humor o la conducta del otro, ser co-dependientes significa que la felicidad del otro es más importante que la nuestra propia y que les permitimos tomar decisiones sobre nuestra vida que nos corresponderían a nosotros mismos (Barnetche de Castillo, Barnetche de Maqueo & Prieto de Martínez Báez, 2000).

La dependencia emocional, es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. No obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente. De hecho, una de sus características es que no soportan la soledad (Castelló, 2000). Los dependientes emocionales no tienen como fin auto-destruirse, y ni mucho menos gozan del dolor, sino que tienen una auto-estima deficiente, un sentimiento continuo de soledad y una insaciable necesidad de afecto que les conducen a emparejarse con personas explotadoras, que les maltratan y no les corresponden. Ésta es la diferencia fundamental con la personalidad auto-destructiva.

La dependencia es considerada por Sirvent (2004) como un comportamiento inadaptable contingente a una interrelación afectivo dependiente.

Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad co-dependiente, sí existen ciertas características identificadas de estas personas: se





obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias –generalmente alcoholismo y toxicomanías- que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento; presentan una gran comorbilidad con trastornos del eje I; se descuidan o auto-anulan; tienen baja auto-confianza y auto-estima; y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas.

Aparentemente, los paralelismos entre co-dependencia con la dependencia emocional son incuestionables: baja auto-estima, subordinación, desarrollo de relaciones interpersonales destructivas, temor al abandono, o falta de límites del ego. No obstante, analizando más en profundidad este concepto, surgen algunas discrepancias. La primera es de perspectiva, y es que la co-dependencia está condicionada por otra persona, generalmente un alcohólico o un toxicómano, aunque también se haya extrapolado este concepto a otras situaciones como la convivencia con enfermos crónicos.

Los dependientes emocionales no están vinculados necesariamente con personas que sufran enfermedades o condiciones estresantes crónicas como las mencionadas, e incluso pueden estar solos. El concepto de co-dependencia se sitúa en la perspectiva de los trastornos relacionados con sustancias.

La segunda diferencia es de contenido. Aunque, no se puede configurar un patrón homogéneo de la personalidad de los co-dependientes, sí es frecuente en ellos la auto-anulación para entregarse y cuidar a la persona con problemas. Ciertamente, un dependiente emocional puede realizar los mismos actos, pero con una diferencia notable de fondo: *lo hará únicamente para asegurarse la preservación de la relación*, y no por esa continua entrega y preocupación por el otro que caracteriza a los co-dependientes.

El dependiente es la pareja perfecta del co-dependiente, ya que necesita que se le cuide y se le controle, sin embargo, acumula mucho enojo contra la persona de la cual depende. En una relación co-dependiente, las necesidades de dos personas (la dependiente y la co-dependiente) se cumplen mediante formas disfuncionales (O'Brien & Gaborit, 1992).





Dentro de la literatura las escalas que han medido este rasgo son: El *Interpersonal Dependency Inventory* (IDI), compuesto por 48 ítems, divididos en 3 factores denominados Dependencia emocional en otra persona, Falta de auto-confianza social y Aserción de autonomía (Hirschfeld et al., 1977).

La *Spouse Specific Dependency Scale* (SSDS), que tiene 23 ítems, con tres factores Apego ansioso, Dependencia exclusiva y Dependencia emocional (Rathus & O'Leary, 1997).

El *Relational Profile Test* (RPT), compuesta de 30 ítems y con tres factores Sobredependencia destructiva, Desapego disfuncional y Dependencia saludable (Bornstein, Geiselman, Eisenhart & Languirand, 2002).

Y el Cuestionario de Dependencia Emocional de Lemos y Londoño (2006), comprende 23 ítems divididos en seis factores: Ansiedad de separación, Expresión afectiva de la pareja, Modificación de planes, Miedo a la soledad, Expresión límite y Búsqueda de atención.

2.3.12 DEPRESIÓN

La depresión ha sido definida por diversos autores, cada uno de los cuales menciona diversos aspectos que la caracterizan de acuerdo a la perspectiva teórica, de la cual parten, la mayoría, sin embargo, coinciden en concebirla directamente relacionada con la vida afectiva del sujeto y como una sensación de desagrado continua para el mismo.

Para Camerón (1982) la depresión es una mezcla compleja de actitudes, sentimientos e ideas. La visión de la vida, el auto-concepto, los deseos y las expectativas del futuro se vuelven pesimistas y se piensa que no se vale nada, que no se tiene a quien recurrir y no se tiene razón para vivir.

Valdés (1983 citado en Calderón, 1999) menciona que el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como la neurosis de angustia; como síndrome agrupa algunos procesos característicos por tristeza, inhibición, culpa,





minusvalía y pérdida del impulso vital y como enfermedad, desde la óptica del modelo, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse en etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y tratamiento específico.

Para Robbins (1993) la depresión es un efectivo desorden del humor, es una enfermedad que sumerge a sus víctimas en un mundo constante de auto-reproche, confusión y desesperación. Es un padecimiento tanto del cuerpo como de la mente.

Caballo, Buela y Carboles (1995) mencionan que la depresión llamada neurótica, se ha empleado para referirse a síndromes depresivos menores, infiriéndose una asociación con conflictos o patologías caracterológicas coexistentes. También consideran que este tipo de depresiones son las que tienen un efecto para la medicación u otro tipo de tratamiento médico.

Deren (1996) concibe a la depresión como una enfermedad que afecta no únicamente el cerebro sino también el cuerpo entero, siendo la causa inicial del alcoholismo o el abuso verdadero de las drogas u otras adicciones.

La depresión se expresa por un sentimiento de tristeza, de pérdida de la *joie de vivre*, sensación de desesperanza e inutilidad y ausencia de deseos e impulsos vitales. Durante la fase depresiva es frecuente que el paciente presente labilidad emocional e intente el suicidio. Los síntomas físicos se caracterizan por un malestar general, insomnio, sensación de cansancio y fatiga (Yaryura & Neziroglu, 1997).

Para Calderón (1999) la depresión es un estado de profundo malestar para quienes la padece, inhibiendo las respuestas habituales del individuo hacia su ambiente natural. En la depresión entra en conflicto el mundo intra-psíquico del sujeto, los valores morales, por así decirlo, se ven confrontados por deseos o circunstancias que se perciben como negativas o aversivas en determinados extremos por el propio sujeto. La duración en tiempo de la depresión, puede ser un indicador significativo de que algo anda sencillamente mal. La severidad de los síntomas, podrá ser considerada como una entidad propiamente mental y no real, los eventos naturales preocupante son maximizados por la persona, quién también minimiza los de naturaleza positiva.





Las escalas que han medido la depresión son: *Hamilton Rating Scale For Depression*, *HAM-D*, es una escala de 17 reactivos que evalúa la severidad de los síntomas observados en depresión como insomnio, agitación, ansiedad y pérdida de peso. Con base en el puntaje obtenido de 0-7 estado normal, 8-12 depresión menor, 13-17 menos que depresión mayor, 18-29 depresión mayor, 30-52 más que depresión mayor (Hamilton, 1960).

La Escala Auto-aplicable de Depresión de Zung (*Self-Rating Depression Scale*, *SDS*) desarrollada en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. El formato de respuesta es tipo Likert de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 - 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

El *Cuestionario de Goldberg*, o *E.A.D.G.* fue desarrollado a partir de una versión modificada de la *Psychiatric Assessment Schedule*, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de tamizaje. Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si/No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado *en las últimas dos semanas* algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización. Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas





positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la sub-escala de ansiedad, 1 o más en la sub-escala de depresión; Goldberg et al., 1988).

2.3.13 DESESPERANZA

La desesperanza o incapacidad aprendida es una variable psicológica que desde los años 70 ha sido abordada científicamente. Se define como una serie de actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en esta incapacidad se visualiza lo sombrío y difícil que puede resultar algo por lo que no se pueden tener grandes expectativas de lo que sucederá; por consiguiente, quienes usualmente presentan esta característica, tienden a ser personas con sentimientos predominantes de desesperación, decepción y desilusión (Beck, Weissman, Lester & Trestler, 1974).

Para Seligman (1975) es cuando una persona siente que no puede hacer algo efectivo para afectar los eventos futuros, la persona puede sentirse impotente, deprimida y desalentada. Asimismo, se le conceptualiza como la auto-percepción de ser incapaz de controlar los eventos o solucionar problemas por lo que el individuo sufre de depresión. Otro aspecto importante de estas personas, es que presentan también una incapacidad para la auto-ayuda, pues al no poseer esperanza tampoco presentan deseos ni intereses por las cosas lo cual los hace dejar de buscar ayuda aún en ellos mismos.

Según Beck (1976) menciona que la desesperanza envuelve la orientación total del sujeto hacia el fracaso, los problemas tienden a considerarse irresolubles. El pesimismo (desesperanza) no solo engulle el futuro distante, sino permea cada deseo o cada tarea que el individuo emprende. Las expectativas negativas son tan intensas, que incluso cuando logro un éxito en algunas tareas específicas espera fallar la siguiente ocasión. Evidentemente se ignora o hay una falla para integrar las expectativas de éxito que contradigan la visión negativa de uno mismo.

La teoría de la desesperanza aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan la teoría de Seligman, mencionándola como una teoría de la desesperanza y la depresión. Propuso que el hacer atribuciones globales, estables e internas a los





eventos negativos y atribuciones específicas, inestables y externas a los eventos positivos, generan depresión. Esta teoría ha evolucionado al proponer una nueva categoría de depresión, como la depresión desesperanzada.

La desesperanza es una variable que consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo. Es una característica cognoscitiva frecuente en algún tipo de depresión aunque se diferencia de ella.

La desesperanza entonces, supone una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo. La visión negativa del mundo y de su concepción del futuro, hace que se considere la situación negativa actual, perpetuada a través del tiempo (Villardón, 1993).

La desesperanza también está relacionada con un tipo especial de depresión, conocido como “depresión por desesperanza”, en el que se dice que la desesperanza juega un papel principal como una causa necesaria y suficiente, siendo evaluada, descubriendo que este subtipo de depresión tiene los siguientes síntomas: iniciación reducida de la respuesta voluntaria, dificultad para percibir que las repuestas propias pueden controlar las consecuencias y aspectos afectivos de sentirse mal.

Una de las escalas que miden este constructo es el: *Beck Hopelessness Scale BHS* compuesta por 20 ítems con formato de respuesta falso y verdadero, se califica sumando el puntaje obtenido en cada uno de ellos (Beck, 1976).

La *Hopefulness-Hopelessness Scale HOPE*, compuesta por 30 ítems en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (Orford, Templeton, Velleman & Copello, 2005).

La Escala de Desesperanza, conformada por 17 reactivos con formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Se encontraron dos factores pesimismo y optimismo (Retana Franco & Sánchez Aragón, 2008).



2.3.14 ENOJO

Spielberger, Johnson, Rusell, Crane, Jacobs y Worden (1985) diferencian los conceptos de enojo, agresión y hostilidad, señalando que el enojo es un concepto más elemental que los otros dos. Para Spielberger (1983), la hostilidad involucra sentimientos de enojo, pero connota un complejo aparato de sentimientos y actitudes que motivan el comportamiento agresivo y usualmente vengativo. En cuanto a la agresión, menciona que suele utilizarse para describir el comportamiento destructivo y punitivo, en contraste con el enojo y la hostilidad, que se refieren más bien a sentimientos y actitudes. Del mismo modo, la agresión se ha considerado dependiente de la frustración y en una versión más cognoscitiva, de la percepción del intento de lesión o de menosprecio por parte de los demás (Pastore, 1949 citado en Barajas, 2006).

El concepto de enojo se refiere a un estado emocional que contiene sentimientos que varían en intensidad, yendo desde una leve molestia o irritación, a la furia e ira, y que van acompañados de excitación del Sistema Nervioso Autónomo (Spielberger, 1988).

Berkowitz (1996) menciona que el enojo inicia por un evento no placentero que provoca reacciones fisiológicas internas, reacciones motoras involuntarias, cambios faciales, pensamientos y recuerdos que llegan en el momento del evento no placentero siendo exteriorizados en formas actitudes y conductas que muchas veces, obtienen el éxito deseado.

Más recientemente y en México, Sánchez Aragón y Sánchez Ruiz (2008) definen al enojo a partir de lo reportado por adultos mexicanos como: una emoción en la que se siente impotencia, coraje, mal humor, irritabilidad y odio; mientras que se piensa en cómo vengarse, en la traición, controlarla e intentar resolver la situación o bien, simplemente bloquearse y no pensar nada como formas de evitación. Sus conductas más comunes son gritar, golpear, ser agresivo, pelear, aun que también se encuentra buscar calma, aislarse y guardar silencio, el aspecto fisiológico está compuesto por: aumento de temperatura, llanto, dolor intenso en la boca del estómago, dolor de cabeza,





desesperación, tensión etc., y es por algunas de estas reacciones, que en ocasiones puede causar consecuencias negativas en la conducta y salud de las personas.

Partiendo de la base de que el enojo puede ser un estado emocional favorecido por una circunstancia, o bien una característica de personalidad, Spielberger (1988) por su parte, ha enfocado su trabajo en tratar de conceptualizar el enojo y en desarrollar métodos efectivos para su medición; logrando con ello aplicar el modelo estado-rasgo, introducido en 1966 por Cattell. Se aplicó el modelo estado-rasgo a la investigación del enojo, con el fin de constatar si se trataba de estados emocionales transitorios o de rasgos relativamente estables de la personalidad.

Al definir el enojo, Spielberger (1988) separa dos componentes de éste: la experiencia subjetiva del enojo y la expresión del enojo. La experiencia subjetiva del enojo tiene a su vez, dos componentes: el enojo estado y el enojo rasgo. El enojo estado es un período emocional marcado por sentimientos de naturaleza subjetiva, de intensidad variable que van de una leve molestia o irritación a la intensa furia e ira, generalmente está acompañado por tensión muscular y excitación del sistema nervioso autónomo. Con el tiempo, su intensidad puede variar, en función de la injusticia percibida, el ataque o el trato injusto por parte de los demás y la frustración del comportamiento orientado a la meta. En cuanto al enojo rasgo, este es definido como una disposición a percibir un amplio rango de situaciones como frustrantes o molestas, así como una tendencia a responder a tales situaciones con elevaciones más frecuentes del enojo estado.

El segundo componente del enojo, según Spielberger (1988) es la expresión del enojo, el cual comprende dos elementos: a) la expresión del enojo hacia otras personas u objetos del ambiente, y se le denomina enojo hacia fuera y b) el enojo dirigido hacia adentro, reprimiendo o suprimiendo así los sentimientos de enojo, este elemento se llama enojo adentro.

El enojo como rasgo se refiere a una dimensión de la personalidad relativamente estable, en donde se tiene una propensión hacia la ira, es decir, las diferencias





individuales en la tendencia a experimentar enojo son más frecuentes, más intensas y más duraderas (Spielberger et al, 1983, 1988 citado en Spielberger & Butcher, 1992).

Por su parte, el enojo implica aspectos afectivos, cognoscitivos y conductuales, sin embargo, lo más característico de este concepto es su componente *cognoscitivo*. Se entiende principalmente como un rasgo cognoscitivo de personalidad, en concreto, como un patrón relativamente estable y duradero de creencias y actitudes negativas y destructivas hacia los otros, y que incluye al cinismo (creencia de que los otros tienen intereses egoístas), de desconfianza y suspicacia (expectativa de que los otros van a provocar algún daño de forma intencionada), de recelo y rencor, y de devaluación de los otros (Spielberger, Miguel-Tobal, Casado & Cano-Vindel, 2001; García-León et al., 2004; Fernández-Abascal y Palmero, 1999). El enojo y la hostilidad, serían factores de predisposición o facilitadores de la *agresión*, cuya característica definitoria sería el propio componente *conductual* o comportamiento observable de ataque dirigido a hacer daño a terceras personas u objetos, de forma verbal o física, directa o indirecta.

Se ha señalado en la literatura, que el enojo es uno de los estados emocionales que contribuye más significativamente a la patogénesis de cuadros médicos comunes como la hipertensión, el cáncer (Spielberger, 1988) y enfermedades coronarias, así como a otras enfermedades cardiovasculares (Siegman, 1994, Gallo & Matthews, 2003; Krantz & McCeney, 2002; Smith y Ruiz, 2002).

Los instrumentos que miden el enojo son:

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), tiene una escala especial de enojo de 16 reactivos y las calificaciones altas reflejan la característica (Hathaway & McKinley, 1943).

El Inventario Estado Rasgo de la Expresión del Enojo para Adolescentes Mexicanos IEREEM, se realizó de la traducción y validación de *State Trait Anger Expression Inventory* (STAXI) de Spielberger (1988). Es una escala con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, sus factores son Enojo Estado, Enojo Rasgo, Control del Enojo, Enojo Afuera y Enojo Adentro





La *Clinical Anger Scale CAS*, es una escala de auto-reporte que mide el síndrome clínico del enojo, es una escala unifactorial (Snell Jr, Gum, Shuck, Mosley & Hite, 1995).

El *State-Trait Anger Expression Inventory-2 STAXI-2*, el inventario esta compuesto por 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, se hace una sumatoria de los puntajes teniendo un mínimo de 10 y máximo de 40 (Spielberger, 1999).

El *Multidimensional Anger Scale MAS*, compuesta de 158 ítems con cinco dimensiones: Los síntomas del enojo, Enojo en las situaciones, Cogniciones relacionadas con el enojo, Reacciones del enojo y Enojo interpersonal (Balkaya & Sahin, 2003).

2.3.15 IMPULSIVIDAD, BAJO- AUTO-CONTROL Y NO REGULACIÓN

El estudio de la impulsividad ha suscitado en los últimos años numerosas investigaciones, probablemente por razones de tipo social, al atribuirle un papel determinante en los comportamientos asóciales, violentos, etc.

Sin embargo, la impulsividad no es siempre negativa, para Rey (1974), al conceptualizarla más como “impulsos” menciona que es el estrato más profundo del ser humano que sirve para satisfacer las necesidades orgánicas más generales, elementales y primitivas.

Para Million (1976), en esta misma línea, considera que los impulsos son sucesos o estímulos que activan la conducta, representando tanto las necesidades biológicas (hambre, sed, reposo), como los deseos de aprobación (afecto y poder). Si estos impulsos inconscientes son excesivamente intensos o se frustran, darían lugar a la aparición de conductas patológicas.

A pesar de que existen muchos estudios sobre impulsividad, no existe una definición precisa sobre la misma ni un acuerdo entre las diferentes definiciones. Así la impulsividad se ha considerado como un rasgo de la personalidad, como un estilo de acercarse a procesar la información, o como un conjunto de conductas caracterizadas





por el corto tiempo de reacción, la no previsión de consecuencias, ausencia de motivación consciente, etc.

Dagonet (1970 citado en Cloninger, 1986) la define como actos irresistibles e involuntarios que se imponen ellos mismos sobre la mente.

Para Murray (1938) es la tendencia a responder rápidamente y sin pensar, dificultad en refrenar la propia conducta y a ser espontáneo.

Hinslie y Shatzky (1940) la definen como la acción rápida de la mente sin previsión o juicio consciente.

Grayson y Tolman (1950) la ven como una serie de conductas que aparecen sin inhibición, sin reflexión, sin adecuada planificación, sin contemplación de las consecuencias, con un sentido de la inmediatez y espontaneidad.

Para Smith (1952) es la conducta humana sin un adecuado pensamiento. Para Frosch y Wortis (1954) indican que implica actos impulsivos como síntoma (más o menos aislado, usualmente repetitivo e incluye las perversiones, el impulso neurótico y la crisis catatímica) y como carácter (la impulsividad domina como el rasgo más identificable y no se limita a un único síntoma).

Kagan (1966) es la actuación en la improvisación del momento, de un modo rápido, espontáneo y no planificado.

Para Porot (1971 citado en Zuckerman, 1994) la define como un deseo imperioso y a menudo irresistible, que surge bruscamente en ciertos sujetos y los empuja a la comisión de de actos infundados muchas veces brutales y peligrosos.

Douglas (1972) menciona que es la incapacidad para sustentar la atención.

Jasper (1975) la define como una actividad que tiene lugar de forma directa, rápida, sin conflicto ni toma de decisión.

Arnold y Meili (1979) dicen que es la acción directa y espontánea, sin tomar demasiado en consideración las consecuencias.

Eysenck y Mc Gurk (1980) y Schalling, Edman, Asberg y Oreland (1988) consideran que es el fallo para evaluar una situación de riesgo o peligro. La impulsividad está relacionada con la psicopatología, especialmente del tipo antisocial.





Para Barrat y Patton, (1983), Buss y Plomin (1975) y Prior y Sanson (1986) es actuar sin pensar, con tendencia a responder rápidamente a estímulos más que a inhibir respuestas.

Oas (1983) define la impulsividad crónica como la tendencia persistente a emitir conductas inapropiadas o patológicas caracterizadas por la falta de reflexión y demora.

Desde su perspectiva, para Lorr y Wunderlich (1985) es la no resistencia a un deseo y la respuesta inmediata a un estímulo.

S. Eysenck, H. Eysenck y Barrett (1985) es la acción sin pensar ni evaluar el riesgo que envuelven las acciones. *Venturesomeness* es la característica de las personas que son completamente conscientes de los riesgos de la acción que llevan a cabo y aún así deciden hacerlo.

Cloninger (1986, 1987) la denomina búsqueda de novedades. Una tendencia a reaccionar con excitación o estimulación a estímulos nuevos, señales de recompensas potenciales, o señales de mitigación potencial del castigo, llevando a una búsqueda activa de posibles recompensas y evitación de posibles castigos.

Rodríguez, Mischel y Shoda (1989) la definen como la incapacidad para posponer la gratificación, el comportamiento motor incontrolado y un estilo de respuesta que favorece la acción sobre la reflexión.

Para Zuckerman (1994) es la búsqueda de sensaciones impulsivas es una tendencia a actuar sin pensar, con preferencia por amigos impredecibles y gusto por las sensaciones excitantes.

Dickman (1993) la definió como la acción brusca son planificación consciente, conducta sin pensamientos adecuados o tendencia a actuar con menor planificación que la mayoría de los individuos de iguales habilidades poseen.

Es una tendencia a actuar dejándose llevar por el ímpetu del momento sin considerar los potenciales riesgos implicados (p.e. Eysenck, Pearson, Easting & Allsopp, 1985; Patton, Stanford & Barratt, 1995)

Frosch y Wortis (1996) le atribuyen al concepto tres significados diferentes:





1. Impulsividad como síntoma, definida como una tendencia a provocar actos perjudiciales sin premeditación o planificación previa, dando lugar a un deterioro del funcionamiento psicosocial.
2. Impulsividad referida como un tipo específico de agresión. En las agresiones impulsivas se perciben los estímulos medio-ambientales como amenazantes, y se responde de manera inmediata como agresividad.
3. Impulsividad como rasgo general de la personalidad, que presenta múltiples manifestaciones cognoscitivas y conductuales en la vida cotidiana.

Por su parte, Moller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (2001) han definido la impulsividad como la predisposición hacia reacciones rápidas y no planificadas, a estímulos internos o externos sin consideración de las consecuencias negativas hacia sí mismo o los demás. Según estos autores, se trata de un patrón de conducta y no de un acto aislado, que se lleva a cabo antes de tener la oportunidad de sopesar conscientemente las consecuencias de la acción, lo que la diferencia de las alteraciones del juicio y de las conductas compulsivas. Aunque los comportamientos impulsivos suponen a menudo la asunción de riesgos, éstos no son el tipo de riesgo.

En el campo del psico-diagnóstico, el DSM IV-TR (2004) relaciona la impulsividad con trastornos de la personalidad del cluster B como el límite (TLP) y el antisocial (TAP); en el TAP con la incapacidad de planificación y la infravaloración de las consecuencias de las propias acciones. En el TLP tan sólo hace hincapié en la direccionalidad del perjuicio causado por este rasgo hacia el propio sujeto y menciona algunas de las áreas en que suele mostrarse. Sin embargo, en el caso de los Trastornos del Control de los Impulsos diferencia claramente dos componentes de la conducta impulsiva: la motivación o activación interior previa a la comisión del acto y la gratificación en el momento de llevarlo a cabo. Precisamente estos dos aspectos aparecen también en los trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la «necesidad irresistible» de consumo (*craving*) y la experimentación de sus efectos. Además los criterios diagnósticos 3 al 7 de la dependencia hacen referencia al patrón de uso, caracterizado





por el déficit de control y la escasa planificación a cerca de las consecuencias del consumo en la vida del sujeto.

Algunos instrumentos que han medido la impulsividad son el *16-PF Cattell* (1943), que tiene un factor enfocado a medirla factor "F".

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, la impulsividad se mide como una escala de control (Hathaway & McKinley, 1943).

El *Eysenck Personality Inventory EPI* o el *Eysenck Personality Questionnaire EPQ Eysenck* (1947-1952), que al igual que el anterior tiene un factor para medirlo factor "E".

La Escala de Búsqueda de sensaciones de Zuckerman, la escala consta de 40 ítems, subdividida en cuatro subescalas de 10 ítems cada una y se divide en cuatro subescalas Búsqueda de emociones, Búsqueda de excitación, Desinhibición y Susceptibilidad al aburrimiento (Zuckerman, 1972).

En el Inventario de Personalidad de Guilford-Zimmerman, se mide a partir de un factor llamado de auto-control "R" (Guilford-Zimmerman, 1975).

La Escala de Impulsividad de Plutchik EI (Plutchik, 1989), mide la impulsividad por medio de puntuaciones la puntuación es de máxima 45, siendo el punto de corte 20.

El Inventario de Personalidad NEO de McCrae y Costa (1990) lo mide a partir de un factor denominado neuroticismo.

La Escala de Búsqueda de sensaciones de Escala de impulsividad funcional y disfuncional de Dickman, este inventario consta de 23 ítems divididos en dos subescalas: 11 ítems destinados a medir impulsividad funcional y 12 ítems destinados a medir impulsividad disfuncional (Dickman, 1990).

La Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 tiene 30 ítems con cuatro opciones de respuesta, divididas en tres factores denominados Impulsividad Atencional, Impulsividad Motora y No planificación (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001).

La *Upps Impulsive Behavior Scale*, está compuesta 45 ítems tiene cuatro factores denominados Urgencia, Falta de premeditación, Falta de perseverancia y Búsqueda de sensaciones (Whiteside & Lynam, 2001).





Definir el término de auto-control no es tarea fácil. Así, las etiquetas auto-regulación, auto-control o auto-disciplina son utilizadas indistintamente por investigadores y clínicos.

La pérdida de control se produce porque una cierta cantidad de alcohol desencadena una reacción o cadena de reacciones que le impiden o dificultan al sujeto ser firme en su intención de tomar sólo una o dos copas y le llevan a continuar bebiendo más y más (Jellinek, 1960).

El auto-control podría definirse como una habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta sometida exclusivamente por variables auto-generadas (físicas, sociales o cognoscitivas), que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuya consecuencia, en algún momento, podrían resultar aversivas para el individuo (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1993).

Así el bajo auto-control se ha definido cuando las personas presentan un déficit en su nivel de dominio, tienen una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por su incapacidad para regular el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y obtener satisfacciones inmediatas y placenteras (Benda, 2005; Gutiérrez-Baró & Aneiros-Riba, 1999; Tibbetts & Whitemore, 2002; Wills, Gibbons, Gerrard, Murry & Brody, 2003).

El bajo auto-control, se ha relacionado con la búsqueda de sensaciones placenteras, la realización de poco esfuerzo personal y el comportamiento por reforzadores inmediatos y placenteros, siendo así un factor de riesgo para el consumo de drogas (Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007).

Una escala que mide el auto-control es: *Escala de Auto-control*, comprendida por 9 reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que integra dos factores distracción y organización (Sánchez Aragón, 2007).





2.3.16 INTOLERANTE A ESTÍMULOS DISPLACENTEROS

A lo largo de los años varios filósofos han defendido las implicaciones hedonistas de la conducta.

Epicuro (341-270 AC citado en Petri & Govenger, 2006) es aclamado universalmente como el filósofo del hedonismo. Él abogaba por una vida de continuo placer como clave para la felicidad—el objetivo de sus enseñanzas morales. Su gran perspicacia para satisfacer este fin consistía en identificar el límite de las habilidades para experimentar el placer en cualquier momento. Él estipuló que a partir de un determinado nivel máximo no es posible que el placer tenga un incremento de intensidad, aunque es probable que las sensaciones que sostienen este dichoso pináculo del placer varíen continuamente. Él denominó a esta experiencia punta como ataraxia—palabra griega que significa "imperturbabilidad".

Esta es una importante definición, toda vez que la noción de placer es comúnmente concebida como la de algo que excita los sentidos—pero éste no es siempre el caso. Epicuro clasificó a los placeres sensuales como placeres en movimiento; ellos nos mueven a su vez hacia otro tipo de placer: el estado de ataraxia, que es placentero por sí mismo.

Para Epicuro la presencia del placer es sinónimo de ausencia de dolor, o de cualquier tipo de aflicción: el hambre, la tensión sexual, el aburrimiento, etc. El proceso de eliminar estos problemas ciertamente conlleva placeres sensuales, Epicuro escribió: yo no sé cómo puedo concebir lo bueno, si elimino los placeres del gusto, y eliminé los placeres del amor, y eliminé los placeres del oído, y eliminé las emociones placenteras causadas por la visión de una hermosa forma. Sin embargo, por más estimulante que sea este proceso, se trata sólo de un medio para perseguir un fin: la satisfacción. Considerar esta persecución como un fin en sí mismo, por contraste, inevitablemente nos conduciría a la ansiedad de la adicción (Petri & Govenger, 2006).

Por ejemplo, Hobbes pensaba que todas las acciones provienen del deseo de lograr placer y evitar el dolor (Bolles, 1975). Spencer propuso que las conductas





placenteras poseen un valor adaptativo. Por lo que se había disminuido las probabilidades de que ocurrieran reacciones aleatorias que llevaban al dolor. Así, para Spencer el placer y el dolor se transformaron en importantes modificadores de la conducta.

Para Troland (1932 citado en Petri & Govenger, 2006) el sistema nervioso es muy sensible al placer y a los eventos inversivos. Dividió la estimulación en tres categorías: benepección ocurre cuando los estímulos ocasionan sensaciones agradables; la nocicepción proviene de estímulos que ocasiona sensaciones desagradables y la neutrocepción que se da cuando los estímulos no causan uno u otro tipo de sensaciones.

Beebe-Center (1932 citado en Petri & Govenger, 2006) sostuvo que lo agradable o desagradable son los extremos de un continuo hedónico. Entre ambos extremos se sitúa una zona neutra en la que los estímulos no son agradables ni desagradables. También sostiene que ambas sensaciones dependen de la reacción de los órganos sensoriales frente a los estímulos.

Young menciona, que existe un continuo con un afecto negativo máximo (estímulos desagradables o aversivos) en un extremo y con un afecto positivo máximo (estímulos agradables) en el otro. Los procesos son afectivos representados por el continuo reúnen tres propiedades: signo, intensidad y duración.

Para Walters (1990 citado en Echeburúa, 1996) existen dos factores cognoscitivos, los cuales van ligados con el hedonismo. El primero, se denomina permisividad que consiste en el estatus privilegiado y prerrogativa para satisfacer los propios deseos, y el segundo, es la auto-indulgencia, inherente al ser humano y se orienta hacia el placer.

El hedonismo es una forma de vida, caracterizado por la apertura a la experiencia placentera, buscan las actividades satisfactorias y están dispuestos a tomar los frutos agradables siempre cuando sea posible, se dice que en las personas hedonistas se reduce la conciencia de los peligros, porque la auto-indulgencia asfixia conciencia y el pensamiento crítico (Veenhoven, 2003). Se encuentra que en las personas hedonistas se ven minadas en su salud, ya que ellos están más pendientes de la búsqueda de placeres





sensoriales, tales como el consumo de bebidas alcohólicas, fumar tabaco, comer dulces y el sexo en abundancia (Warburton, 2002).

Las personas hedonistas pueden terminar infelices ya que el placer disminuirá con el tiempo, dado el proceso de habituación; esto dará origen a una necesidad de estímulos cada vez más fuertes, esto podría implicar comportamientos cada vez más peligrosos, con el riesgo de la auto-destrucción y también se conduce inevitablemente a la decepción, el resultado para el hedonista es el vacío. La evasión de las experiencias juzgadas como potencialmente dolorosas, tiende también reducir la tolerancia de los hedonistas, todo esto los hace más vulnerables en el largo plazo y por lo tanto también tienden a ser más ansioso. En las personas hedonistas, se erosionan sus vínculos sociales ya que su razonamiento en la búsqueda del placer, hace que la persona sea menos sensible a las necesidades de otros, lo cual lo orilla al aislamiento y más vulnerable a la adicción (Veenhoven, 2003).

En lo que respecta a la literatura sobre el tema se ha hablado en general de él pero no existe una escala que mida como tal el que las personas sean hedonistas o por decirlo de otra manera sean intolerantes a estímulos displacenteros.

2.3.17 LOCUS DE CONTROL

El locus de control es, un concepto teórico que se ha desarrollado para explicar las creencias características del sujeto a partir de las cuales éste establece la génesis de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento. Es una construcción que permite definir cómo es percibida la causa de una acción o comportamiento y cómo esta percepción este determinada por la información que el sujeto posee acerca del objeto en cuestión.

Heider (1958) definió inicialmente dos factores básicos hacia los cuales las personas atribuyen la causa de los fenómenos observados: a las fuerzas del ambiente y a las características personales. Las fuerzas del ambiente son causas externas al sujeto involucradas en la acción, por tanto son impersonales. Las características personales son





causas internas al sujeto y pueden tener origen en la habilidad y esfuerzo de la persona involucrada en la acción.

Rotter, Seemanan y Liverant (1962) utilizan el concepto Locus de Control de Reforzamiento como la relación personal que se percibe entre las propias conductas, el comportamiento o las características personales y el reforzamiento percibido. Por lo que las personas que perciben el reforzamiento como dependiente de sus acciones, habilidades, capacidades y conductas tienen un Locus de Control Interno; y quienes asocian el resultado de sus conductas con factores ambientales, independientes de sus conductas, a su suerte o al poder de otros tienen un Locus de Control Externo.

En la Teoría del Aprendizaje de Rotter (1966) concebía el locus de control como una expectativa generalizada acerca de si las respuestas influyen en la consecución de los resultados (éxitos, recompensas), expresa que se pueden distinguir tres tipos de individuos: 1) los Internos, que creen que el mundo es ordenado y sienten que tienen control sobre los acontecimientos que les suceden; 2) los Externos "otros", que creen que el mundo es ordenado, pero otras personas, a las que consideran más poderosas, son las que tienen control sobre sus acciones y 3) los Externos "suerte", que creen que el mundo es desordenado y ni ellos ni nadie puede hacer nada para cambiarlo y que por lo tanto dependen de la suerte, el azar o el destino.

La teoría de Locus de Control propuesta por Rotter y Murly (1965), parte de la Teoría del Aprendizaje Social y consiste en el planteamiento de un rasgo de la personalidad (Levenson, 1974) en el cual el individuo percibe el control del reforzamiento de su conducta en forma interna o externa a él. Por ejemplo, las personas con locus interno, tendrán la expectativa de que los resultados que obtienen son contingentes o causados por sus conductas o por sus propias características personales, percibiéndose como capaces de influir en su propio destino, de transformar una situación adversa, o de aumentar su probabilidad de éxito. La percepción de control sobre la situación, incrementa la motivación para afrontar la misma, por lo que es esperable que estas personas se sientan más involucradas, comportándose ante la situación de forma más activa (Rotter, 1966). Mientras que los de locus externo,





percibirían que las consecuencias de sus conductas dependen de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino o la participación de otras personas, no reconociendo en ellos mismos la capacidad de alterar el curso de los eventos y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de refuerzo que seguirán a su comportamiento (Rotter, 1966).

Echeburúa y Elizondo (1988) estudiaron el estilo atribucional y locus de control de una muestra de alcohólicos, en comparación con un grupo de no alcohólicos y dentro de sus resultados encuentran que el primer grupo posee un esto atribucional más externo e inestable ante los éxitos y más interno y global ante los fracasos, además de un locus de control más externo. Para Navarro (1992), los abusadores y dependientes de sustancias psicoactivas, son portadores de un locus de control externo, vale decir, han internalizado que su vida está controlada por fuerzas externas.

Dentro de la medición de este rasgo se encuentran:

Inventario Rotter sobre locus de control Interno-Externo (Rotter I-E) (Rotter, 1966): inventario de personalidad que evalúa, tal y como su nombre lo anuncia, el constructo Locus de Control (LOC). El LOC implica un tipo específico de atribución, en nuestro caso generalizada (Rotter I-E), acerca de las causas y las consecuencias de la conducta. El LOC puede adoptar una posición interna y/o externa. El primer caso corresponde a aquellas atribuciones de causalidad hechas por el sujeto respecto de que el manejo de las situaciones depende de él (de sus habilidades y capacidades) (LOC interno), en tanto que el segundo implica que el sujeto piensa que las causas y consecuencias de sus conductas están gobernadas por fuerzas ajenas a sí mismo, tales como el azar, la suerte, otras personas, instituciones, etc. (LOC externo). La finalidad del Rotter I-E consiste en explorar la expectativa generalizada de control de los refuerzos por parte del individuo. Es un cuestionario de auto-reporte construido sobre 29 reactivos de elección forzada, 6 de los cuales son distractores y no se incluyen el computo final.

El *Levenson Internal-External Instrument* con 23 reactivos con formato de respuesta tipo Likert y compuesto por dos factores Interno y Externo (Levenson, 1974).





El *Paulhus Spheres of Control SOC*, de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de siete puntos y un solo factor (Paulhus, 1983).

Díaz Loving y Andrade Palos (1984) realizan una investigación en la que diseñaron una escala de locus de control para niños mexicanos. En el estudio, encontraron la presencia de tres factores de control: fatalista, instrumental y afectivo. La dimensión instrumental describe situaciones en las que el niño considera que es capaz de tener control, venciendo la dificultad (equivalente al locus de control interno), la dimensión Fatalista o externa que tiene que ver con situaciones en las que el niño considera la dimensión afectiva que se refiere a la modificación del medio ambiente a través de las relaciones afectivas. Es posible afirmar que estos autores encontraron la presencia de un locus de control híbrido que interpreta lo que sucede con base en el uso de recursos afectivos personales- internos sobre aspectos externos, llamado locus de control interno afectivo.

En México se tiene la Escala de Locus de Control o ELC de La Rosa (1986), compuesta por consta de 60 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de 1 a 5 que mide 5 factores distintos que determinan el perfil del individuo. 1) El primer factor es la internalidad instrumental, ésta se refiere a situaciones que el individuo controla en su vida debido a sus capacidades. 2) El segundo corresponde a la escala afectiva, que describe situaciones en las que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con otros. 3) El tercer factor de fatalismo/suerte toma en cuenta refuerzos que dependen de factores azarosos tales como la suerte o destino. 4) El cuarto factor se refiere a personas que tienen el poder y que se encuentran cercanas al individuo y controlan su vida es llamado también poderosos del microcosmos. 5) Finalmente, el quinto factor, poderosos del macrocosmos, describe a las personas que tienen el poder y que están lejanas al individuo, pero que influyen su vida. El factor de internalidad instrumental y la escala afectiva se enfocan a medir el locus de control interno, mientras que los factores denominados fatalismo/suerte, poderosos del microcosmos y poderosos del macrocosmos miden la externalidad o el locus de control externo de los sujetos.





Reyes Lagunes (1998) aplicó una escala de locus de control en diferentes zonas de la República Mexicana, en esta escala se encontraron cuatro factores, denominados externo, logro interno, social afectivo y familia. Resultando un instrumento propio de la cultura mexicana.

Sánchez Aragón (2000) elaboró el inventario de Locus de Control que consta de 27 reactivos con formato de respuesta tipo Likert, está conformado por tres dimensiones, la primera el locus de control interno instrumental que consta de 10 reactivos y se refiere a la percepción de que todo lo que le sucede al individuo en su vida y relaciones, es debido a sus propias potencialidades. El locus de control externo, valora por medio de 8 reactivos la percepción del individuo de que lo externo (los demás, el destino, la suerte) determinan lo que le sucede a nivel personal e interpersonal. El factor locus de control interno afectivo posee 9 reactivos que reflejan la idea de que a través del afecto o del amor que un individuo tiene, se puede lograr que los demás (o la pareja) hagan lo que el o ella desean.

2.3.18 OBSESIÓN-COMPULSIÓN

Magna (1895 citado en Walker, 1973) describe que la obsesión es una forma de actividad cerebral en la que una palabra, un pensamiento o una imagen se imponen en la mente del sujeto contra su voluntad, con tal penosa ansiedad que se convierte en irresistible. Walter postuló que la resistencia no es ni una condición necesaria ni suficiente para que un pensamiento o una acción se conviertan en una obsesión.

Schneider (1930) ofreció una definición de las obsesiones como contenidos de la conciencia que, cuando se presentan, se acompañan de experiencias de compulsión subjetiva; contenidos de los que el sujeto no se puede liberar aun cuando en una tranquila reflexión sean reconocido como irrazonables y sin sentido. Además, la obsesión se presenta siempre que el sujeto no pudiese anular o excluir un pensamiento de la conciencia, aunque los reconozca como ilógicos o sin fundamentos, sintiéndose dominado por ellos. Lewis en 1936 (citado en Yaryura-Tobías & Fügen, 1997) dio por





válida la definición de Schneider, no obstante, señaló que su definición tenía un fallo al no mencionar una característica importante que es la necesidad del paciente de resistirse a la obsesión.

Kanner (1948) añadía que en el pensamiento obsesivo se produce la interrupción de la secuencia habitual de los pensamientos o acciones por la obsesión.

Pollit (1956) fundió las definiciones de Schneider y Lewis, mencionando que son los pensamientos, imágenes, sentimientos, impulsos, movimientos recurrentes o persistentes que se acompañan de la sensación inmediata de compulsión subjetiva y del deseo de oponerse a ella.

Green (1965 citado en Yaryura & Neziroglu, 1997) propone que el estado obsesivo es un estilo de vida del espíritu, en el que la voluntad del sujeto se halla sometida dentro de un estado de conciencia claro y de visión intacta de la realidad que queda invalidado por una idea o grupo de ideas, una representación o un grupo de representaciones. Estas manifestaciones pueden ir acompañadas de elementos emocionales y de invitaciones a ejecutar una acción y cuando esto sucede, estos sentimientos se vuelven extremadamente desagradables y crece la tensión. El ego sufre estas manifestaciones desagradables y crece la tensión. El ego sufre estas manifestaciones y se niega a seguirlos. El ego se declara como extraerlas ajenas al propias ser y las considera de naturaleza mórbida.

Kringlen (1965) incluía a los impulsos y movimientos repetitivos en las definiciones de obsesión.

Las obsesiones para Yaryura y Neziroglu (1997) son pensamientos que irrumpen en la mente del sujeto y progresivamente la invade por completo. Es un pensamiento que no puede detenerse y puede permanecer activo durante largos periodos. Al principio, el pensamiento obsesivo podría tener alguna justificación lógica, pero más tarde el paciente se da cuenta que el pensamiento es injustificable, parasitario, sin sentido ni utilidad. La permanencia y reiteración del pensamiento obsesivo refleja su carácter de obstinación. El paciente no puede rechazar el pensamiento ni cambiarlo por una nueva obsesión.





Las compulsiones pueden dividirse en motoras o mentales (imágenes ideadas). Una compulsión mental es aquella que obliga al sujeto a realizar determinada actividad mental (p.e. el contar, repetir mentalmente lo que otra persona está diciendo, dibujar imágenes mentales, etc.). Una compulsión motora es aquella que impulsa al sujeto a realizar un acto con participación muscular. Los actos motores pueden subdividirse en agresivos, fisiológicos, movimientos corporales, ceremoniales o rituales y otros (Yaryura & Neziroglu, 1997).

En los últimos 15 años se han realizado avances significativos que han revolucionado la forma en que se conceptualiza y trata el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Mediante los estudios epidemiológicos, se ha confirmado que el TOC es un trastorno psiquiátrico mayor habitual y poco reconocido, con una prevalencia del 2-3% en la población general; estos estudios han desempeñado un papel crucial en atraer la atención de los investigadores, clínicos y medios de comunicación sobre este trastorno (Jenike, Minichiello & Baer, 2001).

La obsesión y la compulsión son rasgos complementarios y característicos de ciertos tipos de personalidades neuróticas definidos clínicamente por el DSM-IV-TR (2004) por su sintomatología. Las obsesiones se definen como: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusivos y sin sentido. La persona intenta ya sea ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos, neutralizándolos con cualquier otro pensamiento o acción. Las compulsiones se definen como conductas intencionadas, repetitivas y con una finalidad, que se llevan a cabo en respuesta a una obsesión, o de acuerdo a ciertas normas o formas estereotipadas. La conducta está dirigida a neutralizar o prevenir el malestar o algún suceso o situación temida, sin embargo la actividad no está conectada de manera realista con lo que se pretende neutralizar o prevenir, o bien es claramente excesiva. La persona reconoce que su comportamiento es excesivo o irracional.

Por qué pensamientos “normales” llegan a convertirse en obsesiones en una minoría de individuos. Para explicar esa transición de la normalidad a la patología, son varios los autores que coinciden en señalar como responsables a ciertas variables





cognoscitivas, tales como el tipo de creencias e interpretaciones específicas que cada persona mantiene acerca de sus pensamientos intrusos. Así, Salkovskis Richards y Forrester (1995) y Reynolds y Salkovskis (1991) afirman que los pensamientos intrusos aumentan en frecuencia e intensidad cuando provocan la activación de creencias disfuncionales relacionadas con la responsabilidad. La activación de estas creencias, incide en que tales pensamientos se experimenten con ansiedad y a partir de aquí es muy posible que la persona se esfuerce por eliminarlas, lo que llevaría a un círculo vicioso. Por su parte, Clark y Purdon (1993) insisten en prestar una atención especial a la importancia que poseen las creencias disfuncionales sobre la necesidad de controlar los propios pensamientos, junto con el significado que se otorgue a los fracasos en los intentos de control, estarían en el núcleo mismo de la génesis y el mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Rachman (1997, 1998) añade, que el énfasis en el significado personal que se concede a estos pensamientos sería otro de los elementos clave a considerar (por ejemplo, “tener esta idea significa que la pareja los engañara”).

Las personas que tienen esta característica poseen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) o comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo (compulsiones). Con frecuencia, se comportan de cierta manera para librarse de los pensamientos obsesivos, pero esto sólo brinda alivio temporal. El hecho de no llevar a cabo los rituales obsesivos puede causar una enorme ansiedad, las conductas que se realizan son lo suficientemente extremas como para interferir con la vida diaria. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15% muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales (Kaplan & Sadock's, 2003).

En lo que se refiere a este concepto, existen tanto escalas que aplican los terapeutas como escalas que se pueden auto-aplicar:

Leyton Obsessional Inventory (LOI) (Cooper, 1970). El LOI fue desarrollado inicialmente para evaluar obsesiones en amas de casa perfeccionistas (Cooper & McNeill, 1968) y posteriormente se utilizó para evaluar clínicamente el fenómeno





obsesivo-compulsivo (Cooper, 1970). El instrumento está integrado por 69 ítems con formato de respuesta Sí/No, de los cuales 46 hacen referencia a síntomas y 23 a rasgos obsesivos. Por otra parte, un subgrupo de 39 ítem se vuelven a pasar, esta vez con un formato de escala con 4 puntos o 5 puntos, respectivamente, para evaluar la cantidad de interferencia causada por el síntoma descrito en el ítem y el grado en que el sujeto se resiste a llevar a cabo la actividad descrita en el ítem. La interferencia y la resistencia, se evalúan únicamente sobre aquellos ítems a los que previamente el sujeto ha respondido «Sí». De esta forma, el *LOI* presenta cuatro escalas: prevalencia de síntomas, prevalencia de rasgo, grado de interferencia y grado de resistencia.

Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown Y-BOCS, tiene 10 ítems que se puntúa en una escala de 0 (no hay síntomas) a 4 (síntomas extremadamente intensos). Se obtienen dos puntuaciones totales una para la intensidad de la obsesiones (1 a 5) y otra para la intensidad de las compulsiones (6 a 10) de Goodman et al. (1989).

Comprehensive Psychopathologic Rating Scale-Obsessive-Compulsive Disorder Subscale (CPRS). Contiene 65 ítems, cada uno de los cuales se puntúa en una escala de cuatro puntos (Asberg, Montgomery & Peris, 1978).

Escala Global de Obsesión-Compulsión del NIMH. Es un solo ítem con 15 gradaciones de intensidad de los síntomas: desde 1 (intensidad mínima) hasta 15 (muy intenso). Se proporcionan puntos de referencia para 5 de las 15 puntuaciones posibles. Una puntuación superior a 6 indica un comportamiento obsesivo-compulsivo clínicamente relevante (Insel et al., 1983).

Dentro de las escalas auto-aplicadas se encuentran el Inventario de obsesión-compulsión de Maudsley (MOCI), es un cuestionario auto-aplicado, dicotómico (verdadero-falso), compuesto por 30 ítems (Hodgson & Rachman, 1977).

El *Papua Inventory (PI)* compuesto por 60 ítems la versión original; la versión revisada (PI-R) contiene 41 ítems y cada uno se puntúa en una escala con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, desde 0 (en absoluto) hasta 4 (mucho), de manera que el intervalo total de puntuación oscila entre 0 y 164 puntos (Sanavio, 1998).





Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo auto-aplicada (Y-BOCS-SC). Se ha adaptado a población general llamada Screening Test for Obsessive-Compulsive (STOP) y población clínica llamada Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI). El STOP está formado por 12 preguntas dicotómicas, divididas en dos partes, la primera parte (1 a 6) sirve para determinar si el sujeto ha tenido síntomas obsesivos-compulsivos durante el mes anterior. Si responde “sí” a alguna pregunta de esta primera parte, se indica a al sujeto que pase a la segunda parte, que proporciona información sobre la relevancia clínica de los síntomas (Steketee, Frost & Bougart, 1996).

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO), compuesta por 58 ítems en formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que fluctuara entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 7 (Totalmente de acuerdo), agrupados en siete factores: fusión pensamiento-acción, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, sobrestimación del peligro, fusión pensamiento-acción tipo moral, responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos, sobrestimación de la importancia de los propios pensamientos y rigidez de ideas (Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero & Carrió, 2003).

El Inventario de Obsesiones de Leyton, contiene 69 ítems. Permite evaluar los síntomas obsesivos y la presencia de rasgos obsesivos de personalidad (Cooper, 1970).

Compulsive Activity Checklist (CAC), consta de 37 ítems, cada uno referido a un síntoma compulsivo diferente. En una escala de cuatro puntos (0-3), según las variables duración, repetición y evitación, el intervalo de la puntuación oscila entre 0 y 111 (Philpott, 1975).

Escala de Obsesión-Compulsión compuesta por 28 reactivos tipo Likert de cinco opciones de respuesta arrojó cuatro factores Interferencia, Alivio, Compulsión y Resistencia (Sánchez Aragón, 2007)

2.3.19 SENSACIÓN DE URGENCIA

Este concepto se refiere principalmente a la sensación de desorientación, desesperación, el sentirse perdido y con una necesidad apremiante de realizar una tarea determinada o





estar con alguien en particular en el instante en que se presenta dicha sensación (Retana Franco, 2004). Es decir, las personas que sienten urgencia de cumplir su pasión, *necesitan* con prontitud, realizar las actividades (personales, profesionales o recreativas) que les generan apuro de manera inmediata; pues la urgencia tiene se relaciona con “ver concluidas las cosas” antes de poder continuar o iniciar otra actividad.

Con relación precisamente en esa prisa y necesidad de tener al otro, Ryckman, Thornton, Gold y Burckle (2002) observaron que las personas poco competitivas, con poca comunicación y poca honestidad, mostraban mayor sensación de posesividad de su pareja romántica, desconfianza, deseo de control hacia la pareja y altos niveles de conflicto. Estos datos dan muestra de que quizá la sensación de urgencia no se relaciona precisamente con una relación sana o armónica.

Munck (1998) considera que no importa cuán sana sea la relación, los miembros de la pareja han generado entre ellos la sensación urgente de necesitarse mutuamente; pues el amor se halla ligado a la idealización de la pareja, y su unión. Por ellos los amantes buscan esta unión urgentemente, pues de lo contrario generan una sensación de aislamiento, depresión e insignificancia.

Por su parte Noller (1996) considera que dentro de su planteamiento del amor maduro y el amor no maduro; esta sensación es característica del segundo, generando patrones adictivos a la relación, al amor y al apasionamiento; en esto patrones la necesidad que se tiene por el otro es mayor que el amor y está muy por encima del control de los amantes.

En lo que respecta a este concepto los instrumentos que miden la variable son:

La *Upps Impulsive Behavior Scale*, está compuesta 45 ítems tiene cuatro factores denominados Urgencia, Falta de premeditación, Falta de perseverancia y Búsqueda de sensaciones (Whiteside & Lynam, 2001).

La Escala de Sensación de Urgencia, que comprende 16 reactivos tipo Likert de cinco opciones de respuesta, con dos factores Éxtasis y Sufrimiento (Retana Franco, 2004).





2.3.20 SOLEDAD Y VACÍO EXISTENCIAL

La soledad se ha definido de diversas formas, según bajo qué perspectiva de investigación haya sido tratada. Para definirla se deben tomar en cuenta dos aspectos: el contexto físico y el emocional, debido a que la soledad puede incluir situaciones de aislamiento físico, sin dejar a un lado circunstancias emocionales.

Para Altman (1975) la soledad es el resultado de una experiencia no grata ya que el individuo no logra establecer la relación que desea o ésta ha dejado de ser sólida.

Desde la aproximación psicoanalítica Klein (1984) define al sentimiento de soledad no como una situación objetiva de verse privado de compañía externa, sino a la sensación interna de soledad, a la sensación de estar solo sean cuales fueren las circunstancias externas, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto.

Para Isidro, Vega y Garrido (1999) existe una primera línea que la estudia desde el aislamiento físico, entendiéndola como un estado de privación de estímulos tanto desde el punto de vista sensorial como social. Por otro lado, existe una segunda línea que la distingue del aislamiento, considerando aspectos psicosociales.

Dentro de esta misma línea y citando a Peplau y Perlman quienes en 1982 destacan la importancia de la diferencia entre las relaciones interpersonales que la persona cree tener y las que le gustaría.

La soledad se ha definido como la experiencia no placentera que tiene lugar cuando una red personal de relaciones sociales es significativamente deficiente en calidad o cantidad (Fernández, 1994 citado en Cruz Manjarrez Mendoza, 1998).

En la misma línea, Weiss (1973) considera que la soledad está determinada por carecer de una relación o conjunto de éstas y surge como una respuesta a la falta de algún abastecimiento de vínculos afectivos.

La soledad es vista como un sentimiento desagradable, vinculado a un desequilibrio en la percepción de las relaciones establecidas con los demás, que está





determinado por la falta de confianza del individuo en su capacidad para afrontar las situaciones que potencialmente puedan llegar a generarle soledad (Isidro et al., 1999).

Distintos autores señalan que la soledad es el resultado de la carencia de relaciones íntimas o vínculos afectivos, ya que las personas encuentran una diferencia entre las relaciones de Soledad y los Estilos de afrontamiento que las mujeres receptoras de violencia tienen y las que anhelan de acuerdo a lo que han o no experimentado siendo mayor cuando la persona se percibe incapaz de establecer dichas relaciones (Caballo, 2007; Cruz Manjarrez Mendoza, 1998; Montero & Sánchez-Sosa, 2001; Perlman & Cozby, 1998).

La soledad es un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento, salud física y psicológica del individuo (Montero, 1999).

Moustakas (1966) distingue entre dos tipos de soledad, la primera a la que denomina existencial, hace referencia a la experiencia humana, es decir, a la que todos tenemos presente como parte de nuestra vida, en ella el hombre se percibe como individual y aislado; mientras que en la segunda no hay un conocimiento propio, sintiéndose ajeno a sí mismo, lo que no considera soledad como tal, sino un estado de ansiedad.

Para Weiss (1973) la soledad depende de diversas situaciones y no sólo de la percepción del sujeto. De esta forma distingue dos tipos de experiencias de soledad: soledad emocional y soledad social. En el primero la persona experimenta estados de ansiedad, inquietud y vacío por la falta de figuras afectivas. Mientras que el segundo resulta de la falta de un sentimiento de pertenecer a la comunidad, sintiéndose de esta manera marginados.

Gambrill (1988 citado en Caballo, 2007) señala que existen factores, conductuales, cognoscitivos y emocionales, encontrando que la gente que está sola se implica en menos auto revelaciones, hacen menos preguntas personales, son más pasivos, menos asertivos y reforzadores, agradan menos y confían menos en los demás, ofrecen menos





señales sociales que indiquen agrado y mantienen la distancia hacia los demás, son menos empáticos, tienen una menor auto-estima y en general presentan falta de habilidad para relacionarse. Mientras que Anderson y Riger (1991) y Snodgrass (1987 citado en Isidro et al., 1999) mencionan la baja auto-estima, inseguridad, indefensión, infelicidad e insatisfacción como características relacionadas con la experiencia de soledad.

Asimismo, Moustakas (1966) refiere que la persona en ocasiones, buscando terminar con la soledad-ansiedad, pierde su individualidad y se involucra en relaciones dependientes, mostrando un extremo deseo de ser amado por los demás y entregarse a ellos de este modo, esta "soledad" funciona como una defensa ante el mundo amenazante y es afán de ternura y seguridad.

Existen circunstancias sobre las cuales el individuo no tiene control por lo que se encuentra solo aún sin elegirlo, generándole sentimientos de **vacío interno**, aflicción, aburrimiento, inquietud o fastidio; de tal modo que esta experiencia se convierte en un sentimiento de tristeza, desamparo e impotencia aunado con aislamiento, melancolía, descontento, rechazo y nostalgia provocándole frustración (Mendoza González, 2000).

2.3.21 TOLERANCIA - FLEXIBILIDAD- RIGIDEZ

Es claro que el ser humano para vivir en interacción requiere de adaptarse tanto a las condiciones ambientales, como sociales para poder sobrevivir no solo física sino emocionalmente. Así, parece ser que la adaptación se va a dar en función de dos características del ser humano: **flexibilidad y rigidez** que tiene que ver con dos aspectos principalmente: **1)** la capacidad de adaptarse a las necesidades, deseos aspiraciones, tiempos, etc. del otro y **2)** a la forma en la que se asimila la normatividad dentro de la relación. La flexibilidad es vista como la plasticidad o tolerancia; como la habilidad de cambiar rápidamente, modificar conducta y responder a condiciones cambiantes. Y la Rigidez como la poca capacidad de adecuarse a los cambios que se dan en el ambiente (Wolman, 1990).





Millon (1990) considera que la habilidad de flexibilidad adaptativa a su entorno se conforma en una forma habitual de comportarse, o lo que podríamos denominar un patrón o estilo de personalidad.

En su forma de medición el único instrumento que está abocado a ello es Escala Flexibilidad - Rigidez (Sánchez Aragón, 2007) está conformada por 9 reactivos con formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta que evalúan el grado de acuerdo con las afirmaciones. Está compuesto por un factor de flexibilidad y otro de rigidez con alfas de .81 y .60 respectivamente.

2.3.22 VERGÜENZA

La vergüenza ha sido incluida dentro de la clasificación de “emociones morales”, ya que se piensa que inhiben la conducta socialmente indeseable y promueven la conducta moral (Damon, 1998; Einsenberg, 2000; Kochanska, 1997). Durante muchos años los filósofos han discutido acerca de la moralidad que puede atribuirse a las emociones, y si éstas a su vez contribuyen a tener un juicio moral y conductual superior. En este sentido la emoción puede verse como un proceso que distorsiona las evaluaciones y cogniciones propias, que altera el pensamiento racional y moral (Wilson, 2001). Por otro lado, se piensa que las emociones pueden, a través de la comunicación, revelar nuestros valores morales y preocupaciones por otros y por nosotros mismos (BenZe’s, 1997; Blum, 1980).

Las teorías cognoscitivas asumen que el desarrollo mental es un requisito previo a la aparición; desde este punto de vista la vergüenza es definida por las cogniciones asociadas a ella. Para Buss (1980) y su teoría de la conciencia del sí mismo, la vergüenza aparece hasta que los niños (as) tienen 5 años de edad, una vez que son conscientes de sí mismos. Según Kagan (1984), las emociones deben analizarse por las condiciones que las evocan. Las habilidades cognoscitivas determinan las habilidades del niño (a) para responder a un incentivo particular de esta manera el entendimiento de las relaciones causales es un pre-requisito para experimentar la vergüenza.





Para Erickson (1950/1983) la vergüenza aparecía en la segunda etapa del desarrollo psicosocial como una emoción negativa que era capaz de inhibir la autonomía infantil.

Schore (1991) propone una novedosa teoría desde el punto de vista psicoanalítico en la que integra las teorías de Tomkins (1987) y Mahler (1968). En ella dice que una de las funciones de la vergüenza es ser un inhibidor de la alegría y/o el interés, y/o la excitación.

Entre los que consideran a la vergüenza como un afecto esta Nathanson (1992) quien habla acerca de que esta emoción está vinculada con la cualidad del sí mismo.

En 1991, Lewis sostiene que la vergüenza es una emoción de auto-conciencia que requiere de la adquisición de cuatro procesos cognoscitivos para su aparición; el desarrollo de la auto-conciencia; el conocimiento de los estándares, las reglas y las metas; la evaluación de la conducta propia según éstos; percepción de sí mismo total vs. aspectos específicos del sí mismo. Afirma que existen influencias de socialización, que moldean la expresión de la vergüenza; sin embargo éstas operan a través de su impacto sobre el desarrollo de las cogniciones.

Lewis (1992) habla de la vergüenza como el producto de una compleja red de procesos cognoscitivos, evaluación de las acciones del individuo con respecto a sus propias reglas, normas y metas; además de una evaluación global que minimiza el "Yo". Es una emoción dolorosa que la mayoría de las veces genera desorganización y quebrantamiento en la conducta, confusión en el pensamiento e inhabilita al sujeto para expresarse; se dice que es paralizante porque descalifica totalmente al "Yo" el cual es el foco de la evaluación; las respuestas físicas como reacción al sentimiento de vergüenza suelen ser la contracción del cuerpo, rostro petrificado (control estrecho de la musculatura facial), bajar o desviar la vista y sonrojarse; además de buscar desaparecer de la mirada de los demás (hay una necesidad de huir) y deshacerse de la sensación como sea. Sin embargo, como se trata de una emoción que perjudica todo el "Yo" y el auto-concepto, la gente presenta serias dificultades en dejar de sentir esa emoción.





La vergüenza no es producida por una situación específica, más bien es desencadenada por la interpretación que se hace del evento sin importar si éste es público o privado (Kaufman, 1994). En Wells y Hansen (2003) se menciona que la vergüenza es generalmente una emoción intensa, una reacción afectiva inmediata que sigue de una exposición (y desaprobación) de algo significativamente inapropiado o percibido como un defecto personal. En la vergüenza las atribuciones negativas hacia el "Yo" ("soy una persona despreciable", por ejemplo) son globalizadoras y muy durables.

Para Gilbert (2003), el sentir vergüenza implica la conciencia del "Yo" (competencias cognoscitivas) y la capacidad de reflejarlo en la conducta y atribuirle a ésta las cualidades de bueno o malo. Existen al menos tres tipos de lo que este autor llama "competencias cognoscitivas": la representación simbólica de los otros, la teoría de la mente y la meta-cognición, las cuales son la clave para la vergüenza y la culpa y para vincularlas y desplegar los sistemas sociales de defensa. Estas tres habilidades o competencias proporcionan la flexibilidad mental para pensar acerca de los roles establecidos y buscar conductas que se adapten a las situaciones que se presentan (Mithen, 1996). Gilbert también menciona que la raíz evolutiva de la vergüenza se enfoca hacia el "Yo" y está relacionada con un medio social amenazante, la conducta competitiva y la necesidad de mostrar un "Yo" aceptable/deseable hacia los demás. La culpa, sin embargo, evolucionó a partir del cuidado de los demás, de la conducta del dar y del evitar dañar a otros.

La vergüenza es un sentimiento de auto-castigo que surge cuando se está convencido de que hay algo en ellos que está mal, que es inferior, imperfecto, débil o sucio. La vergüenza es un sentimiento de aversión hacia uno mismo, una visión odiosa de uno a través de nuestros propios ojos, aunque esa visión pueda estar determinada por la forma en que se da por hecho o cree que otras personas los perciben. Esta visión, va acompañada de inhibición y del convencimiento de un fracaso importante, que con frecuencia, genera el deseo de ocultarse o de esconderse. Una reacción común en la vergüenza puede expresarse como "Hubiera querido que me tragara la tierra" o, de forma similar, "Hubiera querido morir". La referencia a la muerte recuerda un sinónimo





usual de la vergüenza: mortificación. Esta definición se centra en la experiencia de uno mismo y contrasta así con la culpa, que tiende a centrarse en una acción u omisión perniciosa, un acto que causa dolor a otro (Garnica, 2006).

Bradshaw (1988) refiere que las personas que sienten vergüenza como rasgo, tienen la sensación permanente de que son imperfectos, tienen una auto-imagen alterada, tienen una dificultad para identificar y expresar los propios pensamientos y una dificultad con la auto-afirmación, se creen inútiles y defectuosos como seres humanos, se sienten indignos de vivir, sienten la necesidad constante de protegerse y de no exponerse a sí mismos, por lo cual se aíslan. En un intento desesperado de escapar de sí mismo este tipo de personas crean un yo falso pero debajo de esta fachada se encuentra un vacío. Este el vacío es causado por la vergüenza internalizada (Peck, 1978). Y sí esta persona cree que lo es defectuoso creerá que podrá encontrar su auto-estima fuera de él.

Se encuentra qué a medida que se generan muchas más emociones de las que el individuo puede soportar, la energía se congela lo cual bloquea la interacción entre la mente y la voluntad, sin el pensamiento, la voluntad es ciega y puede causar problemas graves, como tratando de controlar todo o estar dispuesto a vivir en los extremos absolutos (todo o nada). Si estas personas en la infancia sufrieron agresiones y fueron víctimas y en la edad adulta no encuentran ayuda, se ven obligados a llevar a cabo el papel de victimarios ya que intentan revivir una y otra vez lo que les pasó. Para que una persona viva de esta manera es porque 1) en algún momento se identificó con un modelo que actuaba de esta forma y logro identificarse dando el primer paso a la internalización de la vergüenza; 2) existió el abandono, descuido o agresión de una persona muy importante con la que el niño había creado vínculos de amor, aceptación e identidad; 3) las experiencias de vergüenza se quedan registradas en la memoria y todas las experiencias posteriores (las palabras, imágenes, sonidos u olores) detonan ese trauma original. La persona que está avergonzada, tiene una tendencia natural a las adicciones, ya que si se viven constantes alteraciones de humor y el querer adormecer





las emociones se buscara una salida rápida lo que ira alimentando las adicciones (Bradshaw, 1988).

Las escalas que miden la vergüenza son: El *Other as Shamer Scale OAS*, compuesta por 18 ítems y con tres factores inferioridad, empatía y como otros se comportan cuando me equivoco, el formato de respuesta es tipo Likert de cinco puntos de nunca a siempre (Goss, Gilbert & Allan, 1994).

La *Brief Shame Rating Scale BSRS*, compuesta por 11 ítems divididos en dos factores denominados deshonorado/humillación y tímido/arroja, con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos de raramente a todo el tiempo (Hibbard, 1994).

El *Test of Self-Conscious Affect TOSCA*, evalúa la culpa y la vergüenza en diversas situaciones hipotéticas de la vida diaria. Tiene 15 escenarios hipotéticos, 10 negativos y 5 positivos (Tangney, 1995).

The *Experience of Shame Scale ESS* es una escala de 25 ítems con tres factores Caracterología, Conducta y Persona (Andrews, Qian & Valentine, 2002).

Internalized Shame Scale en esta escala se utilizan 24 ítems negativas de la vergüenza y 6 palabras positivas de auto-estima. Esta escala está diseñada para entornos clínicos, forma de respuesta en una escala tipo Likert de cinco puntos de nunca a siempre (Spies & Plak, 2005).

The *Compass of Shame Scale CoSS*, compuesta por 48 ítems en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos nunca a siempre y se obtienen cuatro factores denominados Retirarse, Ataque al otro, Ataques a uno mismo y Evitación (Elison, Pulos & Lennon, 2006).

2.3.23 VIOLENCIA

Rosenberg y Mercy (1991) incluyen en su definición todos los casos de violencia interpersonal mortal o no, en los que una persona hace uso de la fuerza física o de otros medios con la intención de causar daños, lesiones o la muerte a otra persona. La Comisión para el Conocimiento y el Control de los Comportamientos Violentos elegida





por la *National Academy of Sciences* de Estados Unidos adoptó la siguiente definición de *violencia*: Comportamientos de individuos que amenazan, intentan infligir o infligen un daño físico a otros de forma intencionada (Reiss & Roth 1993).

Una persona "agresiva" es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y, reacciona con conductas de ataque y defensa. La violencia, a diferencia de la agresión, implica siempre el uso de fuerza para producir un daño. La violencia implica una búsqueda con el propósito de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control. Para que la conducta violenta sea posible tiene que darse, la existencia de un cierto desequilibrio de poder (padre-hijo, mujer-hombre, etc.). Este desequilibrio de poder puede ser permanente o momentáneo. A diferencia de la conducta agresiva la conducta violenta, no conlleva la intención de causar un daño a otra persona. El objetivo último de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza. El daño es producido pero no era la motivación principal de la conducta violenta. La fuerza simplemente es utilizada para someter al otro con menos poder (Corsi, 1994).

Se han estudiado muy poco el binomio personalidad - agresión, aunque se sabe desde antiguo que determinados tipos de personalidad propenden a la violencia: "locura sin delirio", como enunció Pinel en el siglo XIX, para referirse a lo que actualmente se llama personalidad antisocial o psicopática, precisando que no todas aquellas personas catalogables como antisociales (DSM-IV), o disociales (CIE-10), son asimilables al término "psicópata" y viceversa (Russell, 1998).

Sanmartin (2002) afirma que la educación y la cultura son determinantes en la expresión y la intensidad con que un individuo responde agresivamente, de igual forma, identifica las secuelas del maltrato infantil como una posible causa de personalidades agresivas, el maltrato infantil no solo tiene secuelas psicológicas, sino que el maltrato físico puede ir dañando paulatinamente el sistema nervioso central, hasta generar cortos circuitos en zonas cerebrales específicas (hipotálamo, amígdala, lóbulo prefrontal, núcleos del rafe, locus coeruleus que regulan la producción de





noradrenalina y serotonina y, que influyen en las respuestas agresivas) en los seres humanos.

En el mismo tópico Bandura y Ribes (1975) afirman que la violencia no es un fenómeno individual, sino un fenómeno social, y como tal la violencia arranca originalmente del sistema y no del individuo.

Uno de los grupos de riesgo respecto a la violencia es la familia porque puede ser el origen de donde surge esta conducta. Balckburn (1994) trata de ubicar el origen de la violencia, rechaza la idea de modelos sociales que determinen linealmente conductas violentas, sin embargo acepta que la familia como núcleo social es una de las principales causas de que las personas sean violentas o agresivas en su etapa adulta, ya sea que hayan sido, golpeados, maltratados psicológica o emocionalmente, abandonados o explotados.

La familia es el fundamento de la sociedad humana, y los patrones de conducta establecidos en la infancia y en la adolescencia contribuyen en forma importante a la conducta social adulta. Casi todos los niños tienen el potencial para responder violenta y destructivamente, y en un momento u otro casi todos los niños vuelven realidad esta capacidad. El grado en el que tal conducta se incrementa, se reorienta o disminuye, depende en gran medida, de cómo es educado el individuo desde la niñez (Johnson, 1976).

Dentro de la familia, algunas experiencias interpersonales de frustración evocan cólera y la predilección por la violencia en un sujeto frustrado; la familia puede favorecer la violencia como un modo de comunicación efectiva, es decir, violencia de comunicación o de comportamiento por resultados negativos en la interacción entre el grupo (Marchiori, 2000).

Cuando se aborda el concepto de la violencia y la agresividad desde la perspectiva de género se afirma que lo agresivo se acepta culturalmente para los varones de quienes de hecho se espera esta conducta mientras que lo pasivo, es decir, la no-manifestación de agresividad y violencia se espera en las mujeres (Rodriguez Solar, 2003).





Para Berkowitz (1996) no existen eventos agresivos que sean causados por solo un elemento ambiental (pobreza, estrés, ambientes violentos, etc.), para él, todos los sucesos van generando la situación agresiva como tal, es decir, los elementos constituyentes de la agresión son factores de riesgo, que afectan a algunos en mayor medida a que otros. Las inhibiciones generadas que puedan controlar las reacciones del individuo, dependerán de sus propias características (no todos responden agresivamente ante un pisotón o un golpe, e incluso aunque se responda de igual forma, la magnitud de esta respuesta varia de un persona a otra).

Las personas violentas se caracterizan por la impulsividad, la pérdida de control sobre la ira y, frecuentemente, por una tendencia agresiva generalizada. Se puede hablar de una ira desbordada cuando se dirige de forma desmedida a otros seres humanos, cuando produce consecuencias muy negativas para el bienestar de los demás y de uno mismo, e incluso cuando aparece ante estímulos irrelevantes. Estas conductas vienen acompañadas de ciertos gestos físicos, como fruncir el ceño, apretar los dientes, sentirse acalorado (*hervir la sangre*), cerrar los puños o hincharse la yugular (Tobeña, 2001). Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo (2002) encuentran, que estas personas son incapaces de hacer frente a las situaciones que les generan malestar por ejemplo, de estrés en el trabajo o de insatisfacción consigo mismo y reaccionan de forma inadecuada ante los problemas cotidianos como las dificultades en la relación de pareja, control del dinero, problemas en la educación de los hijos, enfermedades crónicas, etcétera.

Existe gran dificultad en la expresión de sus emociones, ya que no aprendieron o aprendieron de manera deficiente a expresar sus sentimientos, además de no saber interpretar adecuadamente los sentimientos de los otros. Tienden a percibir las situaciones como amenazantes y esto ir acompañado de la inhibición de sentimientos los orilla a distorsionar su realidad y conducirlos a solucionar sus conflictos de manera violenta, ya que no saben otra manera de hacerlo (Dutton & Golant, 1997).

Otra característica es el aislamiento social y, sobre todo el emocional, al margen del mayor o menor número de relaciones sociales -habitualmente menor-, lo más característico es la dificultad para establecer relaciones de intimidad o de amistad





profunda, lo cual es un reflejo del *analfabetismo emocional* que les caracteriza (Gottman & Jacobson, 2001). Las personas violentas suelen estar afectados por numerosos sesgos cognoscitivos, así como desconfianza y hostilidad hacia las personas que los rodean; tienden a emplear diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas violentas, como la negación u olvido del problema (ni me acuerdo de lo que hice; yo no he hecho nada) o bien, su minimización o justificación. Asimismo, tienden a atribuir la responsabilidad del maltrato a la otra parte, a factores personales o a factores externos (Echeburúa & Corral, 2002). Estas personas poseen un déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas, tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración. Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los sinsabores cotidianos de estas personas -que no tienen por qué ser mayores de lo habitual- generen un estrés permanente y actúen como desencadenantes de los episodios violentos (Sarasua & Zubizarreta, 2000). En ellos la violencia puede ser una forma desesperada de intentar conseguir una estima que no se logra por otros medios. Se trata de personas inseguras, desvalidas, que están obsesionadas con controlar y que, aun no siempre deseándolo, se convierten en agresivas y en mezquinas (Echeburúa et al., 2002).

Los instrumentos para medirla son: *Maudsley Violence Questionnaire* (Walter, 2005) que consta de 56 ítems divididos en dos factores llamados Machismo y Admisión de la violencia.

Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-E-R) de Carrión García, López Barón y Pando Moreno (2007) consta de 22 ítems con dos criterios de respuesta cada uno. Tiene como intención conocer algunos aspectos de las relaciones psicológicas que se dan en el lugar de trabajo y califica dos elementos: la violencia psicológica en general en el lugar de trabajo y el acoso psicológico en el trabajo (mobbing).





2.3.24 VULNERABILIDAD

En lo que se refiere a la vulnerabilidad los teóricos se han referido a ella cuándo un individuo puede fácilmente ser lastimado o herido en sus afectos debido a su debilidad, sensibilidad emocional o indefensión (Wolman, 1990). A este concepto se le conoce también como vacilación, y esboza a las personas endebles, frágiles, apocadas y tímidas, que experimentan constante nerviosismo en situaciones sociales. En estos individuos predomina un profundo deseo de agradar y ser aceptado por los otros, por un inmenso temor a ser rechazados; su sensibilidad y emotividad los vuelve desconfiados, solitarios y propensos a aislarse.

Según datos de Smith, Williams y Rosen (1992) parece ser que la vulnerabilidad emocional puede generarse a partir de la exposición a situaciones violentas o dolorosas, de tal suerte que al volverse –el individuo- vulnerable, se protege y es cauteloso al relacionarse. Con esta información, se hace palpable parte de la génesis de dicha debilidad afectiva y cómo a partir de su experiencia se da una tendencia de estos individuos a no relacionarse fácilmente y cuando lo hacen es posible que entren en una dinámica de desventaja precisamente por sus miedos, actitudes negativas, menor auto-concepto, incapacidad para relacionarse con su compañeros, menos habilidades sociales. En el ámbito del amor es posible que estas personas se vinculen intensamente –dada la dificultad en encontrar a una fuente de pasión- y vivan amores trágicos y lábiles.

El instrumento que está encaminado a medir el constructo es el Escala de Vulnerabilidad Emocional, integrada por 17 reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. El análisis factorial emitió tres factores inseguridad, desconfianza y persuasión (Retana Franco & Sánchez Aragón, 2008).

Así como la investigación trata de explicar cómo es que la personalidad influye para que las personas sean más propensas a ser adictas, la psicología social ha intentado explicar cómo es que el apego y el compromiso tienen un impacto e influencia en el mantenimiento de las relaciones románticas y no sería la excepción en las relaciones adictivas. Estas influencias se describen a continuación.



A decorative border with intricate black and white floral and scrollwork patterns frames the entire page. The border is composed of repeating motifs that create a rich, textured frame around the central text.

CAPÍTULO III

INTERACCIÓN DE LOS AMANTES: APEGO Y COMPROMISO



ADDICTED TO LOVE

YOUR LIGHTS ARE ON, BUT YOU'RE NOT HOME

YOUR MIND IS NOT YOUR OWN

YOUR HEART SWEATS, YOUR BODY SHAKES

ANOTHER KISS IS WHAT IT TAKES

YOU CAN'T SLEEP, YOU CAN'T EAT

THERE'S NO DOUBT, YOU'RE IN DEEP

YOUR THROAT IS TIGHT, YOU CAN'T BREATHE

ANOTHER KISS IS ALL YOU NEED

WHOA, YOU LIKE TO THINK THAT YOU'RE IMMUNE TO THE STUFF, OH

YEAH

IT'S CLOSER TO THE TRUTH TO SAY YOU CAN'T GET ENOUGH, YOU

KNOW YOU'RE

GONNA HAVE TO FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE

YOU SEE THE SIGNS, BUT YOU CAN'T READ

YOU'RE RUNNIN' AT A DIFFERENT SPEED

YOUR HEART BEATS IN DOUBLE TIME

ANOTHER KISS AND YOU'LL BE MINE, A ONE TRACK MIND

YOU CAN'T BE SAVED

OBLIVION IS ALL YOU CRAVE

IF THERE'S SOME LEFT FOR YOU

YOU DON'T MIND IF YOU DO





WHOA, YOU LIKE TO THINK THAT YOU'RE IMMUNE TO THE STUFF, OH
YEAH

IT'S CLOSER TO THE TRUTH TO SAY YOU CAN'T GET ENOUGH, YOU
KNOW YOU'RE

GONNA HAVE TO FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE

GUITAR SOLO (ONCE AROUND)

YOUR LIGHTS ARE ON, BUT YOU'RE NOT HOME

YOUR WILL IS NOT YOUR OWN

YOU'RE HEART SWEATS, YOUR TEETH GRIND

ANOTHER KISS AND YOU'LL BE MINE

WHOA, YOU LIKE TO THINK THAT YOU'RE IMMUNE TO THE STUFF, OH

YEAH

IT'S CLOSER TO THE TRUTH TO SAY YOU CAN'T GET ENOUGH, YOU

KNOW YOU'RE

GONNA HAVE TO FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE
MIGHT AS WELL FACE IT, YOU'RE ADDICTED TO LOVE

ROBERT PALMER





Las personas que son adictas al amor, tienen una forma muy particular de vivir sus relaciones, se sienten incompletos y vacíos, buscan en las relaciones con otros llenar dichos espacios, se vinculan con personas incapaces en brindarles amor, sobre-idealizan su relación, lo cual los lleva a comprometerse rápidamente con la pareja para poder llegar a ese ideal que ellos han creado en su mente. Por ello, realizarán cualquier cosa para mantenerla y poder cumplir dicha expectativa que tienen en mente.

Debido a la importancia que va cobrando su relación, se empieza a generar un miedo exagerado al abandono o al rechazo de la persona objeto de su amor, y por ello, se trata de controlar la relación por medio de juegos de poder, utilizando amenazas, manipulando a la persona por medio de la debilidad, o atacándola con mensajes de culpa, además de presentarse conductas sadomasoquismo en donde uno de los dos puede disfrutar inconscientemente al lastimar o decepcionar al otro, en tanto que éste, disfruta inconscientemente cuando se le lastima o decepciona, en casos severos, un compañero puede llegar a abusar físicamente del otro (Schaeffer, 2000).

Cabe señalar, que así como la personalidad brinda explicaciones que apoyan la idea de que la adicción tiene sus bases a través del desarrollo, la teoría del apego proporciona también un marco teórico sólido para el estudio de interacciones en las relaciones íntimas, especialmente en los adultos. La formación, mantenimiento y la disolución de lazos afectivos las relaciones románticas en el adulto se pueden entender la utilización de principios del apego (Hazan & Shaver, 1987).

3.1 APEGO

El apego, es quizá uno de los temas que más ha interesado a los teóricos ya que -sin lugar a duda- da luz sobre aspectos muy profundos de la personalidad de los individuos.

La Teoría del Apego, es una aproximación científica social que tiene sus raíces en un marco etológico evolutivo (Tucker & Anders, 1998). Es propuesta por Bowlby (1973), y su objetivo original es comprender de qué manera la interacción entre padres e hijos





afecta el desarrollo de la personalidad (Ainsworth & Bowlby, 1991), sembrando las bases de las relaciones adultas que los hijos establecerán. Bowlby, sostiene que el ser humano posee una predisposición inherente para la formación de apego ya que tiene una función protectora en la infancia y continúan durante toda la vida de un individuo. Un principio básico de la teoría del apego es que este tipo de relaciones sigue siendo importante a lo largo de toda la vida (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1977, 1980, 1982).

La teoría se rige por cinco principios fundamentales: a) interacción temprana en la vida de los cuidadores que puede conducir a la seguridad o la inseguridad que establece la línea base para el desarrollo de la personalidad y apegos futuro, b) modelos de trabajo de uno mismo y los demás que se combinan para crear un estilo individual de apego, c) las personas con diferentes estilos de apego varían en términos de sus percepciones, las experiencias emocionales y de comunicación que se combinan para influir la calidad de sus relaciones, d), aunque son relativamente estables, los estilos de apego se pueden modificar, y e) apego puede variar dependiendo de las relaciones con la pareja (Guerrero, 2008). Por lo tanto, los niños sientan las bases del apego futuro en las interacciones con los cuidadores, que influyen en los estilos de apego que son potencialmente estáticos, y por lo tanto influye en las relaciones personales de un individuo.

En el contexto de una relación de pareja, la interacción actual con la pareja se basará en apegos anteriores a otras parejas y fomentará ciertas expectativas en el compañero, ideas sobre cómo se debe interactuar entre sí, cómo se debe de actuar en la relación y cómo la relación debe avanzar. Las experiencias desde el principio crean "modelos de trabajo" o esquemas que ayudan a que las personas interpreten el mundo que los rodea (Becker, Billings, Eveleth & Gilbert, 1997), y que luego determina la creación de un estilo de apego que dicta la comunicación y la calidad de la relación. Cabe señalar que dicho apego puede cambiar en función de los acontecimientos significativos que experimente en su vida, como la muerte, divorcio, o la formación de una relación sana (Guerrero, 2008).





3.1.1 ¿QUÉ ES EL APEGO?

El término comprende una forma de apegarse, aproximarse y vincularse, su función social es indispensable, pues incluye la relación e influencia y convivencia con los demás. Asimismo, es definido como un vínculo específico y único que se forma entre el infante y su cuidador desarrollándose así, una relación emocional perdurable con una persona, dicha relación llega a producir seguridad, sosiego, consuelo, agrado, etc. (Feeney & Noller, 1990). En el campo de la salud mental la palabra apego es usada más libremente como la capacidad de formar relaciones a nivel emocional (Perry, 1999).

Bowlby (1952 citado en Bowlby, 1995) define al apego como la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección, es decir, es cualquier forma de conducta que tiene como resultado, el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esta es una definición que enfatiza una función biológica de protección, por lo que casi en todos los seres vivos se les ha observado formar parte integral de la naturaleza humana.

Maslow (1955) definía el apego como una forma deficiente e inmadura de amor, es decir, es una forma de amor dependiente para con el otro.

Harlow (1958) hace una definición de apego en términos más psicológicos, refiriéndose a él, como una necesidad por identificar amor.

Rubio (1974 citado en Rees, 2005) definió al apego como sinónimo de amor, pues ambos son componentes básicos en la formación de las relaciones románticas.

Sroufe y Waters (1977) lo definen un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos del conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta.

Por su parte Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) describen el apego como aquellas conductas que favorecen ante todo la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos figuran: señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), orientación (mirada), movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse)





e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Estos autores llamaron a la figura de apego a la persona que de acuerdo a la jerarquía de valores del individuo, adquiere el nivel más alto de importancia.

England (1981 citado en Aizpuru, 1994) menciona que es un proceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor.

Para Hazan y Shaver (1987) es un vínculo emocional que se desarrolla entre adultos (parejas románticas) y es en parte una función del sistema motivacional mismo el comportamiento del sistema de fijación que da lugar a la unión emocional entre los niños y sus cuidadores.

Tzeng (1992) lo define como un proceso que implica dinámicas emocionales y funciones biológicas que conducen al amor romántico; de tal forma que los apegos de los adultos son similares a los apegos infantiles pero que se experimentan de diferente forma de acuerdo con las variaciones individuales en las historias de apego.

Lartigue y Vives (1992) al tratar de definirlo hacen una distinción entre apego y vínculo, pues consideran que el apego se refiere a una conducta correspondiente a transmisiones hereditarias de conductas de sobrevivencia; mientras que el vínculo es un concepto referido a la ligadura específicamente humana con elementos simbólicos, dicha relación tiene lugar a partir del momento en el que la madre percibe los movimientos fetales, situación en la que establece una relación con un objeto externo aunque dentro de su cuerpo.

Vives y Lartigue (1994) mencionan que el apego se refiere a una serie de comportamientos observables en la interacción materno-infantil, puede ser rastreada desde sus precursores tanto biológicos como psico-históricos, y seguida en su línea de desarrollo natural hasta la capacidad para la formación de relaciones de nivel sofisticado y de contenido abstracto.

Para Schaffer (2000) es un lazo de larga duración, emocionalmente significativo para un individuo en particular, en donde el objeto suele ser alguien que responde a los





sentimientos, creando un lazo que puede ser muy fuerte y emocionalmente cargado en ambas direcciones.

Scott y Córdova (2002) comentan que es un componente central en el desarrollo social y emocional durante la niñez temprana, que se caracteriza por la proximidad física a un cuidador cuando el niño busca consuelo, apoyo o protección.

Rees (2005) menciona que es esencialmente el vínculo emocional y paciente que liga a las familias, permitiéndoles a los niños una independencia. Es la plantilla para la relación emocional, es el material de todas las relaciones y así el funcionar de la sociedad.

En todas las definiciones se delimita que el apego surge a partir del establecimiento de relaciones afectivas entre dos personas o más, no obstante sostienen distintos puntos de vista en cuanto a las formas de perfeccionamiento, pues contemplan factores fisiológicos, emocionales y sociales que bien podrían complementarse durante el proceso. Por lo que estos autores han tratado de explicar el fenómeno basándose en las diversas teorías existentes en el área (Ver tabla 3).

Tabla 3. Convergencias y Divergencias del Concepto de Apego

	Vínculo específico	Perdurable	Protección- Cercanía	Amor dependiente	Necesidad	Relación de Amor	Amor Romántico	Permite el funcionamiento en la sociedad
Stein et al. (2002)	X	x						
Bowlby (1952)			x			x		
Maslow (1972)				x				
Harlow (1958)					x			
Rubio (1974)						x		





Sroufe y Waters (1977)	x		x			x	
Ainsworth et al (1978)	x		x				
England (1981)	x		x			x	
Hazan y Shaver (1987)	x	x	x			x	x
Tzeng (1992)	x					x	x
Lartigue y Vives (1992)	x	x			x		
Vives y Lartigue (1994)				x		x	
Schaeffer (2000)	x	x				x	
Scott y Córdova (2002)		x	x				
Rees (2005)	x						x

El apego es un concepto que ha tenido muchas vertientes según el autor y la perspectiva que este tenga existe ciertas coincidencias en su conceptualización; como por ejemplo la mayoría de los autores concuerdan que es un vínculo que se genera con una persona específica, en el que se demuestra una relación de amor en el que se brinda cercanía y protección, en las definiciones también existen discrepancias ya que solo algunos autores refieren que es un vínculo perdurable, que puede generar un amor dependiente o bien que es una necesidad, y los menos refieren que es un vínculo que se puede equiparar en las relaciones románticas[†] y que permite el funcionamiento en la sociedad.

3.1.2 TEORÍAS SOBRE EL APEGO

Desde sus inicios, Bowlby (1995, 1997, 2003) propuso un modelo del desarrollo con claras implicaciones para la psicopatología. Según este modelo, sobre la base de repetidas experiencias con sus figuras de apego, los niños desarrollan expectativas en

[†] Aunque es amplia e importante la investigación sobre el apego adulto, los investigadores no ofrecen una definición sobre ello, solo se menciona que el concepto de apego es totalmente aplicable a las relaciones románticas adultas.





relación a la naturaleza de estas interacciones. Estas expectativas se convierten en representaciones mentales o "modelos operantes" como los llamó Bowlby (1980) que tienen la capacidad de integrar experiencias pasadas y presentes, como también esquemas cognoscitivos y emocionales relacionados con tales experiencias. De esta manera:

“los modelos operantes son un sistema interno de expectativas y creencias acerca del self y de los otros que les permiten a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego. Estos modelos se integran a la estructura de la personalidad y proveen un prototipo para futuras relaciones sociales... (Bowlby, 1979, p.70)”.

3.1.2.1 El Modelo Representacional de la Relación de Apego

Para Bowlby (1980), el modelo interno activo o modelo representacional es un perfil mental que tiene el individuo de sí mismo y de las relaciones con los otros. Este modelo se va a construir a partir de las relaciones con las figuras de apego y va a servir al sujeto para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta. Un aspecto clave de estos modelos, que incluyen componentes afectivos y cognoscitivos, es la noción de quiénes son las figuras de apego, dónde han de encontrarse y qué se espera de ellas. También incluyen información sobre uno mismo; por ejemplo, si se es una persona valorada y capaz de ser querida por las figuras de apego. En este sentido constituyen la base de la propia identidad y de la auto-estima.

El modelo en cuestión va a tener una profunda influencia sobre las relaciones sociales del sujeto. Si una persona, durante su infancia, tuvo un apego seguro con sus padres u otras personas significativas que se mostraron sensibles, responsivos y consistentes, en su vida posterior tendrá una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca sus relaciones. Por el contrario, si un sujeto ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo, estable o





gratificante de las relaciones que pueda establecer en su vida adulta. Como siempre, esperará rechazos o falta de respuesta empática.

Ainsworth conjuntamente con Bowlby identificaron a tres los Estilos básicos de apego primarios: 1) Seguro: Se establece al tener una adecuada figura de apego, son libres de miedo y ansiedad cuando la figura de apego está alejada ya que se desarrolla por parte de la madre una sensibilidad y responsividad a las señales y necesidades, estas necesidades son atendidas de forma segura. Una persona con este tipo de vínculo se caracteriza por la confianza, amistad y emociones positivas, encuentran a las demás como dignos de confianza. 2) Ansioso-Evitante: Se establece por una reacción defensiva y rechazo hacia la figura de apego, pues perciben su rechazo, la figura de apego es inconsciente a responder al llanto del niño, regularmente interfiere o se inmiscuye sobre las actividades que desea el niño, el niño exhibe conductas de protesta, experimenta el amor como una preocupante lucha de una forma dolorosa para establecer una fusión con la otra persona. 3) Ansioso-Ambivalente: Se presenta por una crónica ansiedad y desconfianza hacia la figura de apego, quien no proporciona seguridad ya que se rechaza los intentos del niño para establecer contacto físico, el niño exhibe conductas de desapego, hay miedo a la cercanía y no hay confianza.

3.1.2.2 Teoría Etológica del Apego

Uno de sus principales representantes es el etólogo Lorenz (1965) quien desarrolló el estudio comparado del comportamiento de los animales y de los hombres en el campo de la biología.

Vargas, Díaz y Sánchez (2000) exponen que en esta teoría se retoma la disciplina que estudia el comportamiento animal y sus determinantes innatas y adquiridas, entre las que se establecerán firmes diferencias de adaptación al ambiente a través de dos vías: el instinto y el aprendizaje, las cuales son una base informativa y comparativa para definir y valorar la conducta humana. El punto de partida de la etología es la conducta que ocurre en el medio ambiente natural y el estudio etológico, típicamente sigue la





secuencia de observar y conocer, luego describir cuantitativamente y finalmente plantear preguntas precisas y contestarlas por medio de más observaciones o experimentos.

El objetivo final de la etología, es confeccionar un etograma de cada especie, es decir, una descripción completa de la conducta de la especie, lo que permite entender desde su acción hasta su consecuencia y los procesos de una conducta específica.

Para Bowlby (1973) la aproximación etológica permite comprender la naturaleza de las primeras relaciones que se establecen desde el nacimiento, es por ello que se basa en los aspectos biológicos para explicar las relaciones tempranas en términos de una teoría de la conducta bajo un enfoque biológico-evolutivo.

La teoría etológica del apego sigue una línea filogenética, ya que se fundamenta y desarrollada a través de la investigación y experimentos con los animales, de esta manera Lorenz (1975), Harlow y Zimmermann (1959) realizaron experimentos importantes para identificar la génesis de la teoría de apego.

Lorenz (1975) sometió un experimento donde cualquier ave recién salida del cascarón seguía al primer objeto que veía moverse (hayan o no sido de su propia especie), observando el desarrollo de un encariñamiento progresivo. A esta conducta le denominó impronta. La impronta es una forma de aprehender instintivamente, lo que a su vez puede ser automático e irreversible ya que se plantea que; si los polluelos no encontraban un objeto al cual seguir, la impronta descartaba ciertas posibilidades de un buen desarrollo. Esto demuestra que el primer vínculo por razones biológicas, se da con la madre, pero si se altera el curso normal de los acontecimientos puede aun así establecerse con otros.

Con esta investigación se puede entender lo descrito por Shaffer (2000) al explicar que al final del transcurso de muchas generaciones, la respuesta de impronta se convierte en una característica innata preadaptada que apega a un hijo a su madre, y esto hace que incremente sus probabilidades de supervivencia, es por ello que las respuestas de apego tienen su origen en una función adaptativa.





Otros de los antecedentes experimentales que fundamenta la teoría de apego es el experimento realizado con monos recién nacidos realizado por Harlow y Zimmermann (1959), a través de dicha experimentación estos autores determinaron los efectos de las características físicas de las estructuras de alambre que sirvieron como madres sustitutas sobre el tiempo que el mono infante pasó con cada una de estas estructuras (tela y alambre). En el grupo que tenía solamente la madre de alambre y en el grupo control se encontró una mayor cantidad de conductas indeseables que en los grupos con madre de tela. Por lo tanto, los autores concluyeron que los monos que pasaron más tiempo con su madre presentaron menos conductas indeseables. A partir de estas observaciones, se concluyó que este fenómeno también se observa en niños.

Con base en esta línea etológica, el apego se ha podido visualizar como la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, la cual está presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o los padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos, generalmente de naturaleza heterosexual.

La realización del apego, tiene una función clave para la supervivencia, es decir, de protección. Dentro del marco del apego, la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con otros individuos es considerada como un rasgo importante del funcionamiento afectivo de la personalidad y de la salud mental.

3.1.2.3 Teorías Conductistas

Desde el punto de vista conductista, el apego se debe a varias experiencias reforzadoras las cuales se establecen con las primeras experiencias personales relacionadas con la alimentación.





Según Smith, Sarason, I. y Sarason, B. (1984) en el condicionamiento clásico los padres constituyen el estímulo condicionado que se aparea con el alimento, así pues el niño adquiere una respuesta positiva condicionada ante el progenitor. Los niños miran, sonríen y buscan la proximidad de las madres debido a la respuesta que reciben por parte de sus progenitoras, por su parte, las madres “devuelven” las miradas, sonrisas y abrazos a sus hijos implicándoles en una interacción social positiva, esto significa que el cuidador presenta el estímulo discriminativo.

La transmisión según esta Teoría, se da a través del aprendizaje de estilos familiares, como lo es la imitación y el uso de reforzadores. El comportamiento que un individuo ejecuta dentro de la familia depende de cómo se va formando el repertorio conductual desarrollado por el sujeto, de esta forma genera su capacidad para resolver problemas de manera contextual, ya que el comportamiento se da ante un estímulo discriminativo, que es la ocasión para que una conducta sea reforzada. Por ello, ante cada contexto, el sujeto tiene una serie de comportamientos ante las distintas situaciones en las que se encuentra que surge de sus repertorios aprendidos en forma explícita o implícita (Vargas & Ibáñez, 2002).

Con base en esta aproximación, el apego se da cuando -desde el nacimiento existe inevitablemente un cuidado materno, donde -por sus formas de interacción-, se dan una serie de reforzadores para preparar al individuo a través de un aprendizaje social con base en moldeamientos vicarios y verbales. Los reforzadores primarios se van condicionando con reforzadores secundarios (la voz, la figura y la proximidad de la madre). El reforzamiento puntual de algunos comportamientos, explica que el desarrollo de estilos de conducta se utilizará en la formación de la siguiente generación. Estas formas de socialización determinan posteriormente la selección de pareja y la función de la nueva familia a construir.

Así la imitación es una forma de aprendizaje de comportamientos familiares que tiene mucho que ver con la forma de entrenamiento, entonces, ante la falta de un repertorio definido, y ante la necesidad de dar una respuesta satisfactoria, el sujeto emite la respuesta que observó y que puede dar una resolución, aunque esta no sea





necesariamente la más funcional. De esta manera, mediante la imitación, los estilos de comportamiento de los padres se establecen de una forma más o menos automática (Vargas & Ibáñez, 2002).

Se observa entonces, cómo la aproximación conductual explica de manera precisa algunos tipos de conducta como es la imitación, y los resultados de éste, cumple un proceso de transmisión sin que necesariamente el sujeto sea consciente de los mismos.

3.1.2.4 Perspectiva Psicoanalítica

El apego se ubica en forma ideal en la perspectiva psicoanalítica, ya que sus preceptos se basan en que las primeras experiencias son las que determinan en gran medida las facetas del comportamiento adulto y que la calidad de la interacción madre-hijo produce en el desarrollo posterior de la personalidad del sujeto. Asimismo, por la seguridad emocional necesaria para la exploración del medio ambiente y un dominio cognoscitivo.

Freud (1926 citado en Bowlby, 1998) concibió el apego como una manifestación de los instintos sexuales del niño, los cuales están dirigidos a varios objetos en una secuencia fija, durante la vida del individuo y en cada etapa la energía sexual (libido). Por ello, el amor que surge del niño hacia la madre parte de las necesidades satisfechas, por lo que el niño se apega a la madre porque ésta le da de comer, lo cuida, y además le estimula sus zonas erógenas. Junto con Freud, Burlingham (1942) llegaron a diversas conclusiones con respecto al desarrollo del ciclo de vida por la que pasa el niño, planteaban que solo al segundo año de vida, el apego que surge del niño hacia la madre alcanza su pleno desarrollo. Esta interacción puede llegar a que los niños se apeguen, incluso a madres que están continuamente del mal humor y a veces se comporten de manera cruel con ellos. El potencial de apego siempre se halla presente en el niño y cuando siente la carencia de un objeto, rápidamente se fijará en cualquier otro. Debido a que el afecto se puede considerar independiente de lo que el niño recibe, manifestaron que el niño siente la necesidad de un vínculo temprano con la madre de manera instintiva.





Otra contribución es la de Klein (1884), quien planteaba que el pecho de la madre se presenta como el primer objeto y su refuerzo es el alimento ya que las crías muestran una marcada preferencia por una tierna "madre" ficticia a pesar de que no proporciona alimento en lugar de una dura que sí lo proporciona. Por tanto para Klein, la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado; el logro o conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta, sin embargo, saber que la conducta de apego es accesible y sensible, le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación.

Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse este desarrollo a lo largo del primer ciclo de vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los individuos, se le considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos con miembros de otras especies ya que la función biológica que se le atribuye, es la de la protección. Asimismo, Klein (1984) plantea que la relación que se establece entre el niño y su madre va más allá de la mera satisfacción de necesidades fisiológicas, por lo que representa una forma fundamental de conducta con su propia motivación interna distinta de la alimentación y del sexo. Y al no ser menos importante para la supervivencia, a dicha conducta motivacional se le concede una categoría teórica que nunca se les había dado. La conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada.

3.1.2.5 Teoría del Aprendizaje Social

Los teóricos del aprendizaje social suponen que el apego del niño a la madre está basado en la atención que le brinda la madre al bebé. La madre satisface una y otra vez las necesidades del niño y gradualmente ella que ha sido asociada tantas veces a cosas buenas, como el cambiar los pañales, el baño y la comida, viene a ser una cosa





agradable, así que el estar cerca de la madre es un hecho que refuerza al niño. Una vez que el bebé ha empezado varios tipos de comportamientos asociados al apego y a la dependencia, como "el apegarse", buscar ser alzado y pedir ayuda o atención, la madre puede reforzar esos comportamientos directamente, ayudando por consiguiente a mantenerlos. El grado de dependencia del niño depende presumiblemente de la frecuencia del refuerzo, aunque la relación no es sencilla.

El bebé que repetidamente da señales para llamar la atención llorando, pero a quien no se le responde sino después de un buen rato de llanto, puede ser un niño más dependiente que el niño que obtiene una respuesta inmediata. La Teoría del Aprendizaje Social explica también las diferencias de patrones de relaciones específicas de apego o de dependencia. Según este punto de vista los niños no sólo aprenden a distinguir entre varias personas a quien se deben apegar o ser dependiente, sino también, la manera de provocar respuestas de atención por parte de la otra persona. Algunos padres responden al llanto, otros a las demandas de ayuda y otros al comportamiento, etc., y el niño aprenderá cuáles comportamientos son reforzados.

Sears (1987) quien fue uno de los pioneros más destacados en tales exploraciones sobre la personalidad, particularmente de la dependencia, señala la importancia de los patrones de refuerzo para la determinación de las relaciones interpersonales del niño, así como de otros comportamientos.

Bandura y Walters (1963) dieron además mucho énfasis a la importancia del aprendizaje por observación. Ellos insistieron sobre el hecho de que el niño aprende muchas de sus habilidades y de sus patrones de comportamiento, observando a las otras personas. La Teoría del Aprendizaje Social representa ciertas dificultades cuando se trata de explicar los patrones de cambio del desarrollo del apego, que ocurren en la misma secuencia de casi todos los niños. Lo que los teóricos del aprendizaje social han observado, es que las madres -como grupo-, empiezan a cambiar los patrones de refuerzo al mismo tiempo. A pesar de esas dificultades, esta teoría ha sido la que ha ejercido más influencia sobre los estudios del desarrollo de la personalidad, obviamente que el patrón de respuestas del niño a las otras personas, está influenciado por las





respuestas de éstas. Los niños aprenden en efecto a comportarse de manera en como agrada a los adultos y responden a los patrones de recompensa y castigo que se les hayan establecido.

3.1.2.6 Teoría del Desarrollo Cognoscitivo

Los planteamientos de seguidores de la Teoría del Desarrollo, tales como Piaget, Bruner y Werner (1970 citado en Montiel, Serrano Velasco & Vera, 2000) se dedicaron muy poco al desarrollo de las relaciones interpersonales y destacan que en realidad fue Kolberg quien empezó a trabajar en el área. Este enfoque plantea que cualquier comportamiento de un niño es una función del nivel del desarrollo cognoscitivo que ha alcanzado; y su derivación ilustrativa de dicho principio aplicada al apego es cuando un niño no puede desarrollar un apego específico hasta tanto no haya discriminado o reconocido a una persona determinada, él no puede mostrar apego hasta que no haya discriminado a su madre de las otras personas y hasta tanto no posea cierta persistencia del objeto (Montiel et al., 2000).

También se ha planteado que las primeras señales emitidas por la madre son fundamentales, ya que el efecto emitido por momento, adquiere aparentemente las habilidades cognoscitivas necesarias, más tarde, cuando el niño ha empezado a desarrollar cierta noción del concepto del tiempo, podrá ser capaz de reconocer por ejemplo, los preparativos de la madre para marcharse, como coger su abrigo, tomar las llaves del auto, serán seguidos por su partida y mostrará cierta protesta, no cuando la madre se va, sino cuando toma el abrigo. En realidad, tal comportamiento ocurre cuando se espera esa conducta, si se tiene como base el comportamiento del desarrollo del concepto del tiempo que tiene el niño (Montiel et al., 2000).

En general cada una de estas perspectivas trata distintos aspectos del apego, los teóricos del aprendizaje social explican el temprano y fuerte apego de la madre, a quienes se asocia a muchos esfuerzos positivos, la Teoría del Desarrollo Cognoscitivo ofrece la explicación de los cambios de secuencia de patrones del apego, relacionando





estos con el crecimiento cognoscitivo del niño. Teniendo en cuenta que este enfoque teórico no se opone necesariamente a la Teoría del Aprendizaje social ni a la Teoría Etológica. Cada una puede explicar un aspecto diferente del proceso total. Por su parte el Psicoanálisis atañe tanto al proceso de identificación como los cambios madurativos de la sensibilidad corporal del niño, los cuales afectarán su modo de interactuar con el mundo. Estos enfoques teóricos no son del todo incompatibles entre sí, en efecto existen muchas maneras en que se puede utilizar en combinación entre ellos. Por ejemplo, los teóricos del psicoanálisis creen que el período y la identificación consecuente con el progenitor del mismo sexo ocurren en un momento determinado, entre los cuatro y los siete años, durante este periodo, se notará un cambio al apego o dependencia del niño hacia los adultos del mismo sexo. Pero quizás, los niños que son más maduros cognoscitivamente avanzarán en ésta secuencia con más rapidez que los niños de un desarrollo cognoscitivo lento. Cada teoría o enfoque ofrece un panorama único e importante cuyas aportaciones son relevantes y dignas de prueba en distintos contextos socio-culturales.

3.1.3 INVESTIGACIÓN SOBRE APEGO

Algunos autores (Feeney & Noller, 1990) han comprobado la importancia del apego para el establecimiento de relaciones amorosas en la vida adulta. Un primer y significativo ejemplo es el trabajo de Hazan y Shaver (1987) y Shaver y Hazan (1988), quienes utilizan las bases de la teoría del apego para analizar las relaciones afectivas en la vida adulta. Los resultados obtenidos por estos autores, corroborados por investigación posterior (Feeney & Noller, 1990; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992) permiten, en primer lugar, proponer que la teoría del apego es una perspectiva excelente para abordar las relaciones afectivas en la etapa adulta, y, en segundo lugar, apoyan la idea de Bowlby (1969) sobre el papel de la vinculación temprana en las experiencias afectivas posteriores. Para estos autores, las experiencias emocionales y las conductas asociadas a enamorarse, a mantener el lazo y a la separación pérdida del compañero son





compatibles con la concepción del apego de Bowlby (1969). Con los resultados de la investigación se puede decir que existen diferencias entre adultos y niños. Entre los adultos la relación es recíproca, ambos buscan la seguridad en el otro y ambos reciben y proveen cuidado y afecto; en la relación adulta la sexualidad se integra en el sistema de apego, y, aunque también entre los adultos la separación y la pérdida generan angustia, éstos pueden sobrellevar mejor las separaciones y, en general, la interferencia del sistema de apego en el sistema exploratorio es menor que en la infancia. Sin embargo, se puede afirmar que el amor romántico es semejante al apego del niño hacia el cuidador principal en términos de búsqueda y mantenimiento de la proximidad, de percepción de la figura de apego como base de seguridad y puerto de refugio, y de ansiedad ante la separación. Según los estudios realizados por estos autores, aquellos sujetos que tienen una mejor historia de apego, es más probable que tengan relaciones amorosas más satisfactorias y estables y confíen más en la pareja. Esta influencia es justificable, ya que es en la relación con la figura de apego cuando se aprende a tocar y ser tocados, mirar y ser mirados, etc. Es decir, se aprende a comunicar de manera íntima y lúdica, algo que será esencial en las relaciones sexo-amorosas (López, 1993).

Las relaciones interpersonales maduras pueden incluir elementos de la relación temprana entre padres e hijos, pero en un contexto de interdependencia recíproca, en lugar de centrarse en sí mismo con exigencias de dependencia (Liebert & Spiegel, 2000). Esto podría sustentar lo que otros autores han postulado (Bowlby, 1973; Charlebois, Tremblay, Larivee & Cagnon, 1988; Hazan & Shaver, 1987; Michels, Messe & Stollak 1983) acerca de que las relaciones con los padres, en particular con la madre, y las representaciones que el niño construye sobre sí mismo, los otros y el mundo, determinan la calidad y el tipo de sus relaciones afectivo-sociales.

En cuanto a las tipologías que han emergido a partir de la medición de la variable del apego, ha habido interesantes frutos que son dignos de mención. En el caso de los adultos, George, Kaplan y Main (1985) desarrollaron una entrevista de apego, con la cual es posible categorizar a los individuos como caracterizados por estilos: *autónomo*, *rechazante* o *preocupado*. Los criterios para clasificar a alguien en alguno de estos, no solo





dependía de lo que dijera el sujeto sino también de cómo lo decía, es decir, aquellos que reportaron sus experiencias tempranas en forma coherente y balanceada son autónomos; mientras que los rechazantes reportaron experiencias tempranas en forma poco relevante.

George, Kaplan y Main (1985) diseñaron un cuestionario, el *Adult Attachment Inventory* (AAI), que sirve para evaluar el modelo interno activo de las personas adultas. En este cuestionario se pregunta al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por la valoración de estas experiencias. No se trata de evaluar las experiencias objetivas del sujeto sino la interpretación y elaboración que hace de las mismas. A través de este procedimiento se obtienen tres tipos distintos de modelos internos activos:

1. Padres *seguros o autónomos* que muestran coherencia y equilibrio en su valoración de las experiencias infantiles, tanto si son positivas como si son negativas.
2. Padres *preocupados*. Muestran mucha emoción al recordar sus experiencias infantiles, expresando frecuentemente ira hacia sus padres. Parecen agobiados y confundidos acerca de la relación con sus padres, mostrando muchas incoherencias y siendo incapaces de ofrecer una imagen consistente y sin contradicciones.
3. Padres *rechazados*. Estos padres quitan importancia a sus relaciones infantiles de apego y tienden a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción.

Con el propósito de identificar los posibles estilos de apego, Hazan y Shaver (1987), desarrollaron un inventario de auto-reporte que permite clasificar a adultos en tres posibles tipos de apego adulto: a) Seguro, que se fundamenta en la certeza de que se puede tener acceso al objeto de apego, lo cual deriva en sentirse libre de miedo y ansiedad, aun cuando el objeto de apego no se encuentra presente, b) Ansioso-Ambivalente que se caracteriza por ansiedad crónica relativa al objeto de apego lo que favorece la desconfianza de poder acceder o sentir retroalimentación del objeto de apego, puesto que éste es inconsistente durante la interacción; y c) Evitante, que se presenta como una reacción defensiva ante el factible rechazo del objeto de apego, como





una forma de protegerse a sí mismo y no ser emocionalmente vulnerable. Estos autores documentan que en comparación con el grupo seguro, los otros dos reportaron experiencias y creencias más negativas hacia el amor, presentaron una historia de relaciones románticas más cortas y proporcionaron descripciones menos favorables de sus relaciones interpersonales durante la niñez. Además, las personas con estos tipos de apego reportaron menos auto-aceptación y más auto-desconfianza que el grupo seguro. En cuanto a la estabilidad de las características a través del tiempo, se ha encontrado que la prevalencia relativa de los tres estilos de apego es muy semejante en la adultez y en la niñez. En otra investigación, Levy y Davis (1988) indican que un estilo seguro predice formas positivas y constructivas de resolver el conflicto mientras el estilo ansioso y el evitante predicen formas negativas, más ansiedad y afectividad negativa. Por su parte, Feeney y Noller (1990) y Feeney et al. (2000) mencionan que en parejas heterosexuales, el apego seguro está asociado con mayor confianza, amor, satisfacción y compromiso; asimismo, experimentan más emociones positivas y menos negativas en sus relaciones en comparación con los individuos inseguros (Sánchez Aragón & Díaz Loving, 2002).

Inicialmente Bartholomew (1990) y luego ella misma y Horowitz (1991), identificaron dos componentes dentro de los modelos internos: la imagen de los otros, relacionada con la evaluación de la figura de apego como alguien disponible y en quien se puede confiar, y la imagen del *self*, o evaluación de uno mismo como alguien que vale o no la pena y suscita, o no, el interés de los demás. Alternativamente, la dimensión de modelo del *self* puede ser conceptualizada en términos de ansiedad en el apego y la dimensión de modelo de los otros puede ser conceptualizada en términos de evitación de la cercanía. Cada combinación entre los modelos del *self* y de otros, define un patrón de apego prototípico, es decir, una particular estrategia de regulación de la seguridad en las relaciones cercanas (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001).

Desde este enfoque, se distinguen cuatro tipos de apego: *seguro*, que une la idea positiva de sí mismo y una idea positiva de los demás; *evitativo-rechazante*, con una idea positiva de sí mismo y una idea negativa de los demás; *preocupado*, con una idea de sí





negativa y positiva de los demás; y *evitativo-temeroso*, con una idea negativa de sí mismo como de los otros (Ver Figura 8).

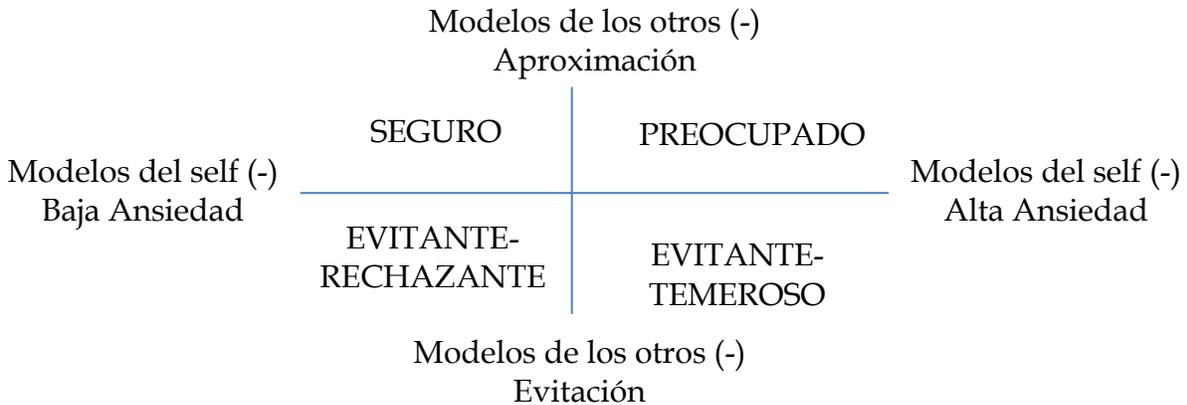


Figura 8. Estilos de Apego Bartholomew y Horowitz (1991)

Con base en las aportaciones y análisis de las similitudes y diferencias entre las taxonomías de George et al., (1985), Hazan y Shaver (1987), Bartholomew y Horowitz (1991) conceptuaron al amor romántico como un proceso de apego, y proponen que existen cuatro estilos: un estilo seguro (cómodo con la intimidad y la autonomía), un preocupado de las relaciones, un rechazante de la intimidad y un miedoso de la intimidad y socialmente evitante. Con relación a esto, Feeney (1994) encontró que cuando una persona se siente cómoda con las relaciones que establece, no se muestra evitante ni ansiosa, y además refleja interdependencia, no dependencia de los demás. Por su parte, aquéllas personas con pareja que experimentan alta ansiedad, perciben baja satisfacción en su relación y se sienten más tristes que las que tienen apego seguro. En esta misma línea, Simpson, Rholes y Nelligan (1992) observaron que las mujeres con un estilo de apego seguro, buscaron más apoyo de su pareja, a la vez que la ansiedad incrementaba; mientras que las mujeres evitantes buscaban menos apoyo en su pareja. Por su parte, los hombres seguros ofrecían mucho más apoyo en los momentos en que la mujer experimentaba más ansiedad, mientras los evitantes ofrecían menos.





Así, es evidente que los estilos de apego poseen características que los hacen claramente independientes, aunque la investigación refleja cierto empalme entre las taxonomías que presentan los diferentes autores, asimismo se puede observar que cada estilo evoca ciertos rasgos de personalidad, modos de ver la vida y ciertas emociones que le son propios (Sánchez Aragón & Díaz Loving, 2002).

Una pregunta que ha causado amplia discusión entre los estudiosos del apego, es si las relaciones románticas pueden ser calificadas como relaciones de apego. Existen diversos puntos de vista respecto a este tema; Bowlby (1979) y Hazan y Zeifman (1999) están de acuerdo con que es posible considerar las figuras románticas como figuras de apego. Sin embargo, estos autores proponen que la función que tienen estas figuras en la adolescencia y en la adultez es bastante diferente a la que tienen en la infancia y señalan: “Más que la necesidad de protección, lo que sucede es una integración de varios sistemas, el sexual, el de cuidado (paternidad), y el de apego [...] los compañeros dan y reciben seguridad recíprocamente” (Hazan & Shaver, 1990, p. 10). Siguiendo con este razonamiento, Hazan y Shaver (1990) mencionan que el amor romántico en la adultez puede ser conceptualizado como un proceso de apego ya que dicho tipo de relaciones implica vínculos afectivos y socioemocionales complejos.

Aunado a lo anterior, Hazan y Zeifman (1999) llevaron a cabo dos estudios en los que obtuvieron evidencia de que las relaciones románticas se caracterizan por elementos similares a aquellos observados en las relaciones entre los niños y sus cuidadores, por ejemplo: la necesidad por mantener el contacto físico, la intimidad, la búsqueda de confianza y seguridad, la familiaridad, la responsividad y finalmente la ansiedad ante la separación, y los sentimientos de tristeza y depresión ante la pérdida.

Por su parte, Feeney y Noller (1991) obtuvieron los siguientes datos de un estudio en el que los participantes (con pareja) describían su relación con aspectos relacionados con el apego: apertura, cercanía, dependencia, compromiso y afecto (Ver Tabla 4).





Tabla 4. Aspectos del apego según Feeney y Noller (1990)

Aspectos	Contenido	Categorías	Ejemplos
Apertura	Referencias a la expresión abierta de pensamientos, sentimientos	Vista como deseable	Es muy abierta conmigo, y eso es bueno
		No mencionada	
Cercanía	Actitudes respecto a la cercanía y la intimidad	Defensa de límites en la cercanía	No quiero demasiada intimidad, lo cual es bueno
		Deseo indefinido de cercanía	Estamos prácticamente tan unidos como uno puede llegar a estarlo
		No mencionada	
Dependencia	Actitudes hacia la posesividad, para compartir el tiempo y las actividades	Defensa de límites en dependencia	Es demasiado dependiente, se aferra más que yo
		Deseo indefinido de dependencia	Si pasamos más de un día separados me vuelvo loco
		No mencionada	
Compromiso	Actitudes hacia el compromiso y la seriedad de la relación	Defensa de límites	Me presiona para que me comprometa más
		Deseo indefinido	Es mucho más probable que yo me comprometa seriamente que ella lo haga
		No mencionada	





Afecto	Actitudes hacia la expresión de amor y afecto	Defensa de límites	No me gustaría alguien que estuviera todo el rato: "te quiero, te quiero"
		Deseo indefinido	Llevaba toda mi vida buscando este tipo de afecto.
		No mencionada	

La investigación longitudinal sobre el apego, ha establecido una elevada confiabilidad en el factor tiempo. Se encontró que los infantes identificados con apego seguro a los 12 meses mantuvieron este estilo a los 21 años de edad (Waters, Merrick, Albersheim, Treboux & Crowell, 1995). También se ha visto que el estilo de apego se correlaciona con otras circunstancias en la vida del sujeto como son el desarrollo cognoscitivo, relaciones con compañeros de la misma edad, trastornos alimenticios y problemas conductuales (Liebert & Spiegel, 2000).

Recientemente, ciertos investigadores han examinado la relación entre los modelos de apego y la adaptación social y emocional en los adultos. Main desarrolló un instrumento llamado *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985) para explorar las representaciones de los adultos en función de sus relaciones de apego en la infancia. Con base en estas entrevistas, las madres fueron clasificadas en grupos de apego paralelos a los tres estilos de apego descritos en la infancia, tomando en cuenta la calidad de interacción de las madres con sus hijos y el estilo de apego de los niños (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Por su parte, Kobak y Sceery (1988) usaron este procedimiento para examinar a jóvenes adultos, obteniendo evidencia de que sujetos seguros; mientras que los sujetos evasivos se perciben serenos y sin sustento; y los ansioso-ambivalentes.

Muchas investigaciones (Bartholomew & Horowitz; 1991; Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver; 1987; Kirkpatrick & Davis, 1994; Shaver &





Brennan, 1992; Simpson, 1990) sugieren que los diferentes modelos de trabajo de apego regulan las percepciones adultas y sus conductas en relaciones románticas. Igualmente, encontraron que la diferencia sexual puede predecir la estabilidad de la relación, desde las diferencias individuales de apego, que atribuyen a la interacción de estilos de apego y a los roles tradicionales de género, en que la mujer tiende a hacer más esfuerzos que los hombres por mantener una relación (Huston, Surra, Fitzgerald & Cate, 1981) y a iniciar más rupturas (Hill, Rubin & Peplau, 1976).

Levy y Davis (1988), Collins y Read (1990) y Feeney y Noller (1990) concuerdan en que las diferencias entre hombres y mujeres no son consecuencias del proceso de socialización, sino de los modelos de trabajo que se forman cognoscitivamente, en cada sexo como parte de su precedente de roles genéricos. Al respecto, Collins y Read (1990) y Kirkpatrick y Hazan (1994), sugieren que los modelos de trabajo formados en estilos de apego inseguros y evitantes están relacionados con su estereotipo social y además, expresan menos satisfacción en su relación. Los hombres con estilo de apego evitante y las mujeres con estilo de apego inseguro, reportan baja satisfacción en sus relaciones románticas.

3.1.4 EXPERIENCIA ROMÁNTICA DE LOS INDIVIDUOS CON ESTILOS DE APEGO SEGURO, EVITANTE Y ANSIOSO-AMBIVALENTE

Los estudios sobre los patrones de apego en adultos han mostrado que las personas con un apego seguro tienden a vivir las relaciones afectivas con alegría y emociones positivas, confían en el otro, en general aceptan al compañero(a) a pesar de sus defectos, y tienen mayor capacidad para resolver los conflictos interpersonales. Se ven a sí mismos, relativamente, serenos y apoyadores (Kobak & Sceery, 1988).

En las personas evitantes el amor está muy frecuentemente marcado por el rechazo a la intimidad, por la dificultad para depender de los demás, la falta de confianza, los altibajos emocionales y la dificultad para aceptar los defectos del compañero/a. Estas personas suelen dudar de la existencia o de la estabilidad del amor,





se perciben auto-suficientes, desestimando la importancia de las relaciones afectivas. Se perciben serenos y sin apoyo (Kobak & Sceery, 1988).

En los sujetos ansiosos ambivalentes su experiencia en las relaciones afectivas, se caracteriza por una preocupación obsesiva por el abandono, el deseo extremo de unión y reciprocidad, la desconfianza, los celos y una mayor vulnerabilidad a la soledad (Brennan & Shaver, 1995; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Hendrick, Hendrick & Adler, 1988; Pistole, 1989). Se perciben angustiados, afligidos y sin apoyo (Kobak & Sceery, 1988).

Una interesante explicación del papel de los tipos de apego en la forma de vivir las relaciones sociales y amorosas se basa en el concepto de modelos internos activos. A partir de las experiencias reales de interacción se construye un modelo interno que incluye expectativas, creencias y emociones asociadas sobre la disponibilidad y la respuesta de la figura de apego y sobre la capacidad de uno mismo para promover y mantener la relación afectiva.

En relación con el apego, el objetivo fundamental de las personas ansiosas ambivalentes parece ser conseguir la aprobación y evitar el rechazo. En consecuencia, centran excesivamente su atención hacia los signos de desaprobación de los demás. La excesiva preocupación por ellos mismos puede generar un sesgo perceptivo, que inhibe la atención hacia toda aquella información no relevante para sus propias preocupaciones y necesidades. En el caso de los evitantes, la motivación de mantener su independencia genera una hipervigilancia de las señales de intrusión de los demás, y su auto-suficiencia les lleva a evitar toda información que active el sistema de apego (Collins & Read, 1994). En cuanto a las expectativas sobre la respuesta de los otros a sus necesidades y demandas afectivas, los seguros confían en los motivos de los demás, tienden a considerar que la gente es altruista, y confían en la capacidad de respuesta, cariño y deseo de unión de sus parejas. Por el contrario, los sujetos que puntúan alto en ansiedad no creen en el altruismo, consideran que la gente se somete a las presiones sociales y piensan que la naturaleza humana es difícil de comprender. En general, ansiosos y evitantes tienen un concepto negativo de los demás (Feeney & Noller, 1990;





Hazan & Shaver, 1987; Pierce, Sarason & Sarason, 1992). Esta falta de confianza en los demás y en los resultados positivos de la interacción social es especialmente relevante en los sujetos evitantes (Baldwin, Fehr, Keedian, Siedel & Thomson, 1993).

Tanto los estudios sobre el apego adulto como los trabajos centrados en sus implicaciones clínicas, permiten sugerir la existencia de unos patrones básicos de expresión y modulación emocional relacionados con la seguridad-inseguridad del apego. Así, Magai, Distel y Liker (1995), analizando la organización emocional en adultos en relación con los patrones de apego, comprobaron que la seguridad del apego se asociaba con emocionalidad positiva y con la capacidad de identificar e interpretar correctamente las emociones de los demás. Asimismo, las personas seguras afrontan de manera más constructiva sus emociones negativas, tienen más conocimiento sobre las mismas y buscan el confort y soporte en sus figuras de apego cuando lo necesitan (Koback & Sceery, 1988). Por el contrario, en los ambivalentes se ha constatado una mayor tendencia a experimentar tristeza, miedo, cólera y vergüenza y deformaciones en la interpretación de la cólera en los demás, por la hipervigilancia a la misma. Estas personas se sienten indefensas y sobreexcitadas, y tienden a mostrar expresiones intensas de miedo y rabia, una estrategia para reclamar el contacto, que han aprendido a lo largo de su propia historia familiar. La percepción que los demás tienen de ellas, es también coincidente con elevadas manifestaciones de ansiedad y angustia (Koback & Sceery, 1988). En cuanto al estilo evitante, se ha relacionado con rasgos emocionales como desprecio, desagrado y tristeza, con dificultades para identificar la alegría y falta de conocimiento sobre las propias emociones y sentimientos. Más concretamente, las personas evitantes suelen mostrarse inseguras sobre sus sentimientos hacia las figuras de apego, y no son conscientes de su propia hostilidad (Brennan & Shaver, 1995; Koback & Sceery, 1988). En dichas personas, el tipo de afrontamiento tiene que ver con la negación de las necesidades afectivas, la utilización del trabajo como distracción, el eludir focalizar su atención en los sentimientos o la utilización del alcohol para reducir tensiones (Brennan & Shaver, 1995).





Desde este punto de vista, es fácil entender la influencia de los estilos de apego en el grado de ajuste de pareja, ya que los niveles de confianza-desconfianza en uno mismo y en los demás mediatizan el grado de intimidad y de compromiso de la relación de pareja. Según los datos obtenidos por diferentes estudios se constata que las personas seguras muestran los mayores niveles de satisfacción e involucramiento, mientras que entre los sujetos inseguros se registran los mayores niveles de insatisfacción en las relaciones de pareja (Davila, Bradbury & Fincham, 1998; Kirkpatrick & Davis, 1994; Kovac & Hazan, 1991; López et al., 1994; Myers, 2000; Rivera, 1999; Tim, 2000).

Dependiendo de la seguridad vs. inseguridad percibida se construirán poco a poco los cimientos de la relación, que se tiene con la pareja pero también influye el grado en que las personas se encuentran comprometidas con la pareja para que las relaciones adictivas se gesten.

Se encuentra que algunos autores (p.e. Feeney & Noller, 1996; Hazan & Shaver, 1987) al intentar aplicar las teorías del apego a las relaciones amorosas adultas, encuentran porcentajes sorprendentemente parecidos entre los tres estilos de apego infantiles y los adultos, así uno establecería con su pareja un vínculo amoroso predominante seguro, evitante, o ansioso.-ambivalente dependiendo de él lazo que se estableció con la primera figura de apego. Se encuentra que el apego ansioso-ambivalente es un concepto análogo al amor adictivo (necesidad total del otro, intolerancia ante su ausencia, estrategias no adaptativas de llamar su atención...); y aunque es análogo no se encuentra literatura empírica que sustente que si existe una relación entre ambos conceptos, de ahí la importancia de su evaluación en personas con esta problemática.





3.2 COMPROMISO

Cuando dos personas se conocen y deciden comenzar una relación de pareja deben de invertir esfuerzos intencionales, incluyendo el desarrollo de habilidades. El compromiso puede ser considerado una habilidad de la relación porque las destrezas necesarias para crear y mantenerlo deben ser aprendidas, practicadas y perfeccionadas (Wiley, 2007).

La mayoría de puntos de vista sobre el compromiso se conceptualiza en dos conjuntos de factores que lo promueven: 1) las fuerzas que atraen a la gente a una relación y 2) las fuerzas que mantienen a la gente para no salir (Reis, Sprecher & Sprecher, 2009). Esto implicaría que el compromiso y el tiempo van asociados a la construcción y mantenimiento de la relación de pareja, donde a mayor refuerzo positivo recibido, más atractiva la pareja y por lo tanto mayor compromiso.

Algunas definiciones del concepto es por ejemplo la de Cowan y Kinder (1987), quienes mencionan que es fundamentalmente una actitud, ya que cuando se comprometen las personas lo que hacen es afirmar su amor. Es decir, es una actitud de la expresión continua de la medida en que se valora a la otra persona, es decir, de la posición que la otra persona ocupa en su vida.

Leik y Leik (1977) definen el compromiso, como una falta de voluntad para considerar relaciones alternativas.

Hinde (1997) describe el compromiso como el punto en el cual los miembros de la pareja dentro de una relación aceptan continuar indefinidamente o dirigen su conducta hacia asegurar su relación y realizan conductas para ello. Los miembros de la pareja valoran sus propios deseos para poder llegar a comprometerse y que las cualidades de la relación, pueden estar mutuamente influenciadas por el compromiso percibido en el otro.

Para Kelley (1983) el compromiso es el grado en el cual una persona está dispuesta a acoplarse a algo o alguien y hacerse cargo de esto o de esta relación hasta el final. El autor, hace una distinción entre el compromiso con una persona y con una relación ya que ambos integrantes de la pareja pueden tener conceptos distintos de lo





que es acoplarse a alguien hasta concluir o alcanzar un objetivo y a veces estas diferencias pueden no expresarse jamás.

En congruencia Surra y Huston (1987) el compromiso es la probabilidad de que una persona continuará adherida a una relación, una vez que ha comenzado.

Levinger y Pietromonaco (1989) señalan que el compromiso es una estrategia en la cual se colabora con la otra persona llegando a un acuerdo mutuo de una forma creativa, es decir sino creando una solución conjunta.

Tzeng (1992) describe al compromiso, como la continuación de la etapa romántica hacia la formación de un vínculo a largo plazo. Cuando se establece el compromiso, se incluye el intercambio de derechos y responsabilidades que pueden estar o no formalizados en términos de las funciones sociales.

Nock (1995) lo define, como la salida y reconocimiento de los significados de los costos de salida (pp. 505).

Díaz Loving (1996) en su modelo teórico Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja indica que el compromiso fue creado con base en la funcionalidad, ya que hoy en día el compromiso se establece a partir del amor, y puede ser cancelado si este desaparece.

Gray (1997) menciona que el compromiso es una oportunidad para que la pareja cree recuerdos memorables del amor que siente el uno por el otro, así la pareja se puede preparar para tener éxito en el matrimonio ya que se brinda una base sólida y necesaria para enfrentar los desafíos de la convivencia; además permite compartir las complejidades de vivir en pareja, es una etapa de preparación para el matrimonio.

El concepto de compromiso para Marston, Hech, Manke, McDaniel y Reeder (1998) está enfocado sobre dos componentes la estabilidad y la exclusividad. En este mismo año Buss lo conceptualiza en términos de exclusividad y conductas que tienen que ver con la fidelidad y el acoplarse.

Para Sternberg (2000) la decisión/compromiso hace referencia a dos aspectos: a corto y largo plazo. A corto plazo consiste en la decisión de amar a cierta persona. El aspecto a largo plazo lo constituye el compromiso de mantener ese amor. Toda relación





amorosa tiene altibajos, pero es en estos momentos cuando ejerce su efecto el compromiso, manteniendo la relación.

En este mismo año Sánchez Aragón (2000), lo divide en tres aspectos el afectivo, cognoscitivo y conductual; y menciona que el factor cognoscitivo es el que tiene mayor importancia, ya que se toma la decisión de formar una relación sólida con convicción de que la pareja es la persona con la que se quiere vivir, al tratar de no quedar mal con la responsabilidad y obligación adquirida. Pero también existe una parte afectiva que se reflejan en la promesa eterna de amor, la confianza y la seguridad y los conductuales con querer compartir todo, procurar al otro y crear acuerdos.

A continuación, se presenta una tabla donde se realiza una comparación de las distintas definiciones del compromiso, en que concuerdan y en que difieren los autores respecto al concepto (Ver tabla 5).

Tabla 5. Convergencia y Divergencias del Concepto de Compromiso

	Exclusividad	Estrategias	Acoplamiento	Temporalidad	Costos	Funcionalidad
Leik y Leik (1977)	X					
Hinde (1997)		X		X		
Kelley (1983)			X	X		
Surra y Huston (1987)			X	X		
Levinger y Pietromonaco (1989)		X	X			
Tzeng (1992)				X		
Nock (1995)					X	
Díaz Loving (1996)			X			X
Gray (1997)		X	X	X		





Marston et al. (1998)	X	X				
Buss (1995)	X		X			
Sternberg (2000)	X		X	X		
Sánchez Aragón (2000)	X		X	X		

Se puede observar que a lo largo de los años la concepción que se tiene del compromiso ha variado: ya que cuando se empieza a hablar del concepto solo se le consideraba el permanecer de manera exclusiva con la pareja, con el paso de los años ese aspecto dejó de ser el más importante y aparecen otros aspectos como el acoplamiento y la temporalidad (largo plazo), que son en los que más han coincidido los autores.

Por lo que se podría, decir que el compromiso funciona con base en una decisión que toma una pareja de formar un vínculo a largo plazo, donde se está dispuesto a acoplarse, evaluando los costos que le producirá la relación y en base a ello utilizar estrategias para mantenerla, sin considerar relaciones alternativas que pueden romper el vínculo.

Los humanos entran en relaciones íntimas a largo plazo por numerosas razones (e.g., para procrear descendencia). En el transcurso de mantener estas obligaciones a largo plazo, las parejas se enfrentan al problema del compromiso. La pareja debe comprometerse el uno al otro en presencia de alternativas que puede apelar a intereses propios momentáneos o a amenazas obvias de la relación (Frank, 1988).

El amor promueve compromiso en dos vías. En primer lugar, la experiencia de amor motiva acercamiento hacia una pareja (que reduce por supuesto acercamiento hacia alternativas competitivas), y, en la ausencia de la pareja, es probable que contrapesen sentimientos del deseo hacia otros. En segundo lugar, la expresión exterior del amor, traspasa, y el gesto comunica compromiso e intimidad en la pareja, con eso mejorando los procesos que protegen y fortalecen la unión (e.g., fidelidad, dependencia mutua, afecto, bondad). Conforme la interdependencia, compromiso, y confianza crecen entre la pareja, se vuelve más probables la posibilidad de ignorar alternativas románticas, y hacen sacrificios para relación, y exhibición crecientes del comportamiento





en promoción de la relación (Rusbult, Drigotas & Verette, 1994; Wieselquist, Rusbult, Foster & Agnew, 1999).

Desde las primeras formulaciones realizadas por Levinger (1965) hasta los 90's (Rusbult & Buunk, 1993) las teorías del intercambio social (Homans, 1950; Thibaut & Kelley, 1959) han sido aplicadas al estudio de las relaciones íntimas y concretamente a la explicación y predicción de su estabilidad.

3.2.1 MODELOS TEÓRICOS

Las primeras teorías del compromiso hicieron hincapié en los factores positivos que llevan a la gente a seguir en una relación, por ejemplo el grado de amor de pareja y la satisfacción, la desaprobación social del divorcio o el no querer pasar por el proceso de volver a empezar con una nueva pareja. En la actualidad, los más destacados son la Teoría de Cohesión de Levinger; Modelo Dialéctico de Compromiso de Brickman, Dunkel-Schetter y Abbey; el Modelo de Inversiones de Rusbult y la Tipología Tripartita de Johnson. Aunque estos enfoques son diferentes, comparten algunos elementos comunes, incluyendo la noción de que las relaciones continúan porque existen cosas que atraen a la gente para querer quedarse con un compañero y por lo tanto que impiden poner fin a las relaciones.

3.2.1.1 Teoría de Cohesión (Levinger, 1965/1999)

Levinger (1999) estaba particularmente interesado en comprender los procesos involucrados en el mantenimiento de las relaciones (en particular los matrimonios), así como en los determinantes de quedarse en la relación, o bien, que se separen. Su modelo de cohesión, se genera a partir de la teoría de campo de Lewin, que hizo hincapié en el papel de dos fuerzas sociales en la determinación de las relaciones de compromiso: las fuerzas de atracción y las fuerzas de la barrera.





Con respecto a las fuerzas que atraen, Levinger (1999) describe dos tipos de fuerzas: las atracciones presentes y atracciones alternativas. Ambos tipos de atracciones son percibidos como algo de resultado positivo para el actor, pero son muy distintos en su naturaleza. La atracción actual, se refiere a las fuerzas que atraen a una persona a continuar con una determinada relación (p.e. el amor que se siente por la pareja sirve como atracción presentar a la relación y ayuda a mantenerla). Las atracciones alternativas, en cambio, se refieren a las fuerzas que hacen que una persona salga de una relación actual (p.e alguien especialmente atractivo por quien se siente atracción puede servir de opción para salir de la relación).

Por otro lado, las fuerzas de barrera son esas cosas que mantienen a los individuos en su relación y no terminarla. Levinger (1999) describe que existen tanto obstáculos internos como externos, cada uno de los cuales actúan para limitar a una persona para que salga de una relación. Un ejemplo de una barrera interna es tener sentimientos de obligación hacia su pareja (que podría tener sus raíces en las creencias religiosas). Las barreras externas, son las fuerzas que operan fuera de la persona. Por ejemplo, las estrictas leyes de divorcio que hacen difícil de terminar un matrimonio, la presión de los amigos o familiares para "aguantar" y "hacer las cosas" también puede servir como una barrera externa potente para evitar la disolución.

En conjunto, las fuerzas de atracción y las fuerzas de barrera determinar el compromiso de una persona. Como los dos tipos de fuerzas son dinámicas y sujetas a cambiar con el tiempo, el compromiso puede fluctuar.

3.2.1.2 Modelo Dialéctico de Compromiso (Brickman, Dunkel- Schetter & Abbey, 1987)

Este modelo fue propuesto por Brickman, Dunkel- Schetter y Abbey (1987 citado en Rusbult et al., 2006) y está construido a partir de la Teoría de los Procesos Opuestos que menciona que cada evento afectivo siempre está seguido por una reacción afectiva opuesta. Cuando la experiencia inicial se presenta de forma continua, va perdiendo su intensidad afectiva y la emoción oponente se vuelve más intensa y de más duración.





Según el modelo dialéctico, el compromiso se fortalece mediante la presencia de fuerzas negativas consistentes en retos y situaciones estresantes, por ejemplo, discusiones, atracción hacia otras personas, diferencia de opiniones, etc. de modo que cuando se sigue una línea de comportamiento que resulta incompatible con la relación, es preciso realizar una re-interpretación de la situación, es decir, integrar nuevamente los hechos para así hacerlos compatibles con las fuerzas que atraen hacia la relación. Ejemplo de lo anterior sería una situación en la que una persona se siente atraída por alguien que no es su pareja, ésta persona tendería a anular o suprimir esa atracción y en vez de ello reaccionaría enlistando o trayendo a su mente todas las características que según ella hace que su actual pareja sea deseable lo cual permitiría fortalecer el compromiso.

3.2.1.3 Modelo de Inversión (Rusbult, 1980,1983)

Uno de los modelos más conocidos es el de la inversión propuesto por Rusbult (1980, 1983) para las relaciones románticas, distingue dos características importantes: 1) la satisfacción que es como el efecto positivo del afecto y atracción propia y 2) el compromiso que incluye a su vez el intento conductual y el involucramiento psicológico.

Esta teoría propone que el compromiso se da cuando las personas perciben que tienen alternativas poco atractivas en comparación con la relación actual, valorando la calidad de las alternativas en cuanto a costos y beneficios y la cantidad de involucramiento intrínseco (tiempo, auto-divulgación, etc.) o extrínseco (el compartir amistades, recuerdos, aspectos materiales, etc.).

Dicho modelo considera al compromiso como el principal factor en la variación de estabilidad matrimonial. El compromiso incluye la predisposición conductual del individuo hacia el mantenimiento de su relación (p.e. predisposición a devaluar las relaciones alternativas) y un aspecto emocional o de apego hacia la pareja. A su vez el compromiso con la relación fluctúa dependiendo de la satisfacción matrimonial, la inversión en la relación y las relaciones alternativas. Se propone que las inversiones más





grandes son aquellas por las que quizá el individuo se sienta comprometido con la relación. Las inversiones incluyen no solo posesiones materiales tales como una casa y dinero, sino también bienes psicológicos como recuerdos y amigos, que se pierden si él/ella deciden salir de la relación donde establecieron un compromiso (Rusbult, 1980,1983).

El modelo de inversión considera el compromiso como el principal factor en la variación de estabilidad matrimonial. El compromiso incluye la predisposición conductual del individuo hacia el mantenimiento de su relación (p.e. predisposición a devaluar las relaciones alternativas) y un aspecto emocional o de apego hacia la pareja. A su vez el compromiso con la relación fluctúa dependiendo de la satisfacción matrimonial, la inversión en la relación y las relaciones alternativas.

La satisfacción se define como el resultado de la comparación que realiza el sujeto entre sus expectativas sobre los resultados que su relación debería darle (nivel de comparación) y los resultados que obtiene. Así pues, si el número, valor (positivo o negativo) y relevancia de los atributos presentes en la relación aportan al individuo resultados por encima de sus expectativas éste estará satisfecho y por tanto el compromiso con su relación será mayor.

La inversión se refiere a todos aquellos recursos que el individuo aporta a lo largo de las distintas fases de su relación y que no puede recuperar si ésta termina. Es la irrecuperabilidad lo que distingue a la inversión de otro tipo de recompensas o costos. Dentro de la inversión se puede distinguir entre inversión intrínseca, aquellos recursos que el individuo debe aportar inevitablemente para que la relación sea posible (tiempo, auto-divulgación, implicación emocional, etc.), e inversión extrínseca, recursos que aún no siendo estrictamente necesarios para la formación y mantenimiento de la relación quedan ligados a la misma (la propiedad conjunta de una casa). La inversión actúa que sirve para disuadir al individuo a considerar la posibilidad de finalizar la relación, y durante el proceso de disolución se aumentan los costos de la ruptura. Sus efectos serán visibles sólo cuando el sujeto considere la posibilidad de abandonar la relación. Por último, las relaciones alternativas recogen la comparación que el sujeto hace entre los





resultados en su relación actual y los resultados en otras relaciones disponibles. Si el balance de dicha comparación es favorable para la relación actual el compromiso será mayor que si las relaciones alternativas ofrecen mejores resultados.

Martínez (2000), basándose en este modelo se plantea que existe una correlación positiva entre la satisfacción y el compromiso, encontrando que sus resultados obtenidos confirman parcialmente el modelo propuesto. Coincidiendo con investigaciones anteriores, la satisfacción de los sujetos con su relación matrimonial es una variable decisiva en las decisiones que estos toman respecto a su involucramiento o compromiso con la relación. Los resultados confirman la relevancia del compromiso en la estabilidad de las relaciones matrimoniales. Sin embargo, no confirmaron la relevancia de la inversión.

Un análisis con base en el compromiso sitúa que la evaluación del amor de una pareja es esencial para mantener la relación (Frank, 1988). A principios de las fases de las relaciones, se conoce y se persigue conseguir relaciones más íntimas (Buss, 1988, 1995). Como progreso en las relaciones, y si se percibe que es una buena pareja se promueve el compromiso en una variedad de vías, en donde se tranquiliza a la pareja de la incertidumbre y se impulsan interacciones íntimas. Aunque la afirmación que la experiencia de amor posee una señal no verbal, hay estudios que hacen una vinculación entre ellos como la cercanía psicológica, pasión moderada entre personas, franqueza, y acercamiento (Andersen, Andersen & Jensen, 1979; Beier & Sternberg, 1977), así como comportamientos de afiliación (e.g. McGinley, McGinley & Nicholas, 1978).

En el 2000, Perlman basándose en el modelo de Inversiones de Rusbult y Martz (1995) plantea que el compromiso no sólo surge por una causa, por lo que se pueden reconocer tres tipos de compromiso: 1) El compromiso personal, el cual ocurre cuando la personas desean continuar su relación porque se sienten atraídos por su pareja y su relación satisfactoria. 2) El compromiso forzado, se da cuando las personas sienten que tienen que continuar en una relación porque sería muy costoso para ellos abandonarla, pues se teme a las consecuencias sociales y financieras que acarrearía la ruptura. 3) El compromiso moral, el cual se deriva de sentimientos morales de obligación de algunas





parejas. Las personas sienten que deberían continuar con la relación porque podría ser indecente romper los votos. Estas personas creen en la inviolabilidad del matrimonio y llegan a sentir una solemne responsabilidad social y religiosa por permanecer casado, ignorando los problemas que esto puede traer.

3.2.1.4 Tipología Tripartita de Compromiso (Johnson, 1991/1999)

En congruencia con Perlman, Johnson (1991) argumenta que la experiencia de compromiso no es proceso unitario, sino que hay tres tipos distintos de compromiso, cada uno con un conjunto diferente de causas, una fenomenología distinto, y diferentes consecuencias cognoscitivas, emocionales y de comportamiento. El compromiso personal se refiere a la sensación de querer quedarse en la relación, el compromiso moral se refiere a sentirse moralmente obligado a quedarse, y el compromiso estructural se refiere a la sensación de obligación a permanecer sin importar el nivel de compromiso personal y moral. Los dos primeros tipos de compromiso, personal y moral, se experimentan como internos al individuo y están en función de las actitudes propias de la persona y los valores. El tipo estructural, es experimentado como externo al individuo y es una función de por las percepciones de las limitaciones que hacen que sea costoso para la persona a dejar la relación.

El compromiso personal, es la medida en que una persona quiere permanecer en una relación, se ve afectado por tres componentes (Johnson, 1991). En primer lugar, se puede continuar una relación, ya que se siente atracción por la pareja. En segundo lugar, el compromiso personal está en función de una atracción a la relación. Aunque en muchas condiciones estos dos componentes están correlacionados entre sí, son el mismo fenómeno (Johnson, 1995; Kirkwood, 1993; Pence & Paymar, 1993). El tercer componente de compromiso personal es la identidad de pareja (Kuhn & McPartland, 1954; McCall & Simmons, 1978), puesto que ésta impacta en el auto-concepto del individuo (Aron et al., 1992).





El compromiso moral se da cuando la persona está moralmente obligado a continuar una relación: 1) las obligaciones relación-tipo se refiere a los valores sobre la moralidad de la disolución de determinados tipos de relaciones (p.e. un matrimonio, debe durar hasta que la muerte nos separe.), 2) uno puede sentir una obligación moral personal hacia el otro integrante (p.e. le prometí que me quedaría con él el resto de mi vida; él realmente me necesita, y no sería justo dejarlo ahora) y 3) se podría sentir obligación a continuar una relación particular, debido a la consistencia de los valores generales (p.e las personas tienden a tratar de mantener una coherencia, con el tiempo, en la forma de sentir, pensar y actuar en asuntos importantes)

El compromiso estructural es el sentido de restricción o de barreras para salir de una relación, es un tipo de importante de compromiso, y aunque su impacto no se puede sentir siempre como el compromiso personal y el moral, si es alto. Se compone de cuatro componentes que contribuirán a la sensación de estar atrapado en la relación y que son:.

1. Alternativas: la dependencia de una relación es en parte una función de las circunstancias alternativa que una persona cree que están disponibles si la relación terminó (Thibaut & Kelley, 1959). Las decisiones sobre la disolución de la relación se realizan en un entorno que también limita las opciones evaluando la economía, la vivienda, el empleo y el contacto con los hijos.
2. Presión social: un segundo tipo de limitación proviene de las reacciones que la gente espera de su red que puede o no puede aprobar el poner fin a la relación. Amigos y familiares pueden, ya sea por razones morales o pragmáticas, presionar a una persona para seguir con una relación que parece encaminarse hacia la disolución. Cuando estas presiones provienen de personas cuyas opiniones son importantes, los individuos pueden sentirse obligados a continuar una relación, incluso cuando sienten poco compromiso personal o moral.
3. Procedimientos de terminación: una tercera forma de limitación consiste en la dificultad de las medidas necesarias para poner fin a una relación. En el caso



del matrimonio, que es el conjunto de los procedimientos jurídicos necesarios para el divorcio, y hay otros procesos menos burocráticos que puede resultar difícil. División de posesiones, uno de los individuos normalmente tiene que encontrar una nueva vivienda y encontrar un trabajo o buscar otras fuentes de apoyo. En la medida en que tales acciones se consideran como difíciles, funcionan como una barrera a la disolución.

4. Inversiones irreparables: el conjunto final son aquellas inversiones de tiempo y recursos en una relación. Algunos individuos pueden percibir que estos recursos se gastaron bien, que produjeron experiencias positivas que fueron su propia recompensa. Otros pueden considerar que estos recursos fueron en vano si la relación llega a su fin. Por lo tanto, algunas personas pueden ser reacias a dejar una relación poco satisfactoria porque sienten que su salida representaría una pérdida inaceptable de inversiones directas y de oportunidades perdidas.

3.2.2 INVESTIGACIÓN

Para evaluar el compromiso, Sternberg (1990) menciona al menos dos: diagnóstico y terapia. Para la primera forma se desarrolló una escala que posee trece reactivos como: “tengo confianza en la estabilidad de mi relación con _____, no dejaría que nada se interpusiera en mi compromiso con _____, siento responsabilidad hacia _____”. Dicha medida se aplicó a 101 personas adultas. Dentro de los resultados las alfas para intimidad fueron .86, para pasión .82 y para compromiso de .87. Por ello se encuentra que la teoría no solo es plausible sino que tiene sentido mediante datos empíricos (Sternberg, 1990).

En cuanto a los aspectos relacionados a la terapia, el compromiso con frecuencia ha sido utilizado para explicar la longevidad y la estabilidad de la relación (Adams & Jones, 1997). De hecho Johnson et al. (2002) encontraron que el 85% de los encuestados que se divorciaron indicaron una falta de compromiso como el factor primario que





contribuye a su divorcio. Los estudios han demostrado que el compromiso se asemeja a más a la adaptación con la pareja (Rusbult & Verette, 1991; Rusbult, Verette, Whitney, Slovik & Lipkus, 1991), contribuye a una mejor comunicación y resolución de problemas (Robinson & Blanton, 1993), y una mayor satisfacción con la vida en general (Roberts, 1979).

La importancia que se atribuye al compromiso ha impulsado la investigación, llevando a una mayor comprensión de lo que el compromiso es y cómo opera en las relaciones (Adams & Jones, 1997).

Los investigadores indican que el compromiso tiene significados diferentes y se experimenta y comunica de formas diferentes por los individuos, según el género y el contexto de la relación (Marston et al., 1998; Rhoades, Stanley & Markman, 2009; Weigel, Bennett & Ballard-Reisch, 2006).

Sin embargo y a pesar de estas diferencias el compromiso se puede describir en términos sencillos como la tendencia del individuo a mantener una relación y sentirse psicológicamente acompañado (Rusbult, 1983), o el deseo de permanecer en una relación por tiempo indefinido (Canarias & Stafford, 1992).

Varios investigadores han sugerido que el compromiso se compone de distintas piezas que se combinan para dar una visión completa de compromiso (Johnson, 1991; Rusbult, 1980, 1983). En un intento de demostrar empíricamente la existencia de estas piezas, Adams y Jones (1997) realizaron un estudio para identificar las construcciones comunes de compromiso y probar estas construcciones. Se llevaron a cabo seis estudios con un total de 1,787 participantes y se utilizaron diversos métodos empíricos. En primer lugar se buscaron artículos de la literatura y se identificaron 135 relacionados con el compromiso. Se creó una medida y el análisis factorial identificó seis factores, sin embargo, un análisis más detallado mostró que sólo tres de estos factores eran utilizables, creando una medida de 45 artículos; posteriormente se demostró la validez de constructo cuando los investigadores encontraron que los participantes respondieron de manera diferente a los tres tipos de compromiso en función de su estado civil (en una relación casual, comprometidos, casados y divorciados).





De esto, los investigadores encontraron apoyo adicional para la existencia de los componentes del compromiso. Los autores identifican: a la atracción el reconocimiento de los costos asociados con la disolución potencial de la relación, y los valores que una persona acerca de lo que él o ella se siente se debe hacer o que es correcto. Estos tres tipos identificados del compromiso se pueden encontrar en los trabajos de investigadores anteriores y actuales; se han dado etiquetas concisas: el compromiso personal, moral y el estructural (Johnson et al., 1999; Levinger, 1976; Rhoades, Stanley & Markman, 2006; Rusbult, 1980, 1983; Stanley & Markman, 1992).

Rusbult, Martz y Agnew (1998) presentaron un estudio sobre el modelo de las inversiones, y sus resultados demuestran confiabilidad y validez de la escala diseñada del modelo en cuestión. Esta medida operacionaliza cuatro tipos de predictores de persistencia, incluyendo el nivel de compromiso y tres fundamentos de dependencia como son el nivel de satisfacción, la calidad de alternativas y el tamaño de las inversiones. Después de realizar tres estudios con estas cuatro variables se encontró que el compromiso es un predictor robusto, no sólo de persistencia, sino también de la motivación pro-relación y buena voluntad para ejercer esfuerzos o resistir el costo de lo bueno de la relación, la voluntad para complacer, para sacrificar y para conducir la forma de intentar alternativas.

En el 2000 Fletcher, Simpson y Thomas trataron de probar tres modelos para explorar el compromiso, intimidad, confianza, pasión y amor. De acuerdo a los resultados se encontró que el compromiso, la confianza, la satisfacción y el amor son vistos como un constructo psicológico unificado, en donde se hace una evaluación global de la pareja y de la relación.

En México, Sánchez Aragón (2000) con base en el ciclo de alejamiento acercamiento de Díaz Loving (1996) creó y validó un inventario de Premisas Histórico-Socio-Culturales de la pareja mexicana en el cual se obtienen 12 factores. En donde el factor de compromiso-mantenimiento aparece en cuarto lugar con 13 reactivos, los cuales hacen referencia a las responsabilidades, estabilidad y atención que implica la vida cotidiana de la pareja.





Por su parte Avelarde Barrón (2001) creó y validó un instrumento de 72 reactivos, después de un análisis factorial, que reflejó cinco factores denominados satisfacción con el compromiso ($\alpha=92$), decisión por el compromiso ($\alpha=93$), compromiso por normatividad ($\alpha=90$), compromiso por presión social ($\alpha=83$) y compromiso por aceptación ($\alpha=80$).

Hasta este punto, se han descrito algunos de los instrumentos que se han utilizado dentro de las investigaciones en torno al compromiso en la relación de pareja “sana”, en otras culturas además de la mexicana. No obstante, aún cuando hoy en día existe antecedente sobre el constructo, es un tema novedoso en lo que se refiere al estudio de este en las relaciones adictivas por lo que la creación de un instrumento en esta muestra en particular es importante.

Se puede ver que las personas permanecen comprometidas en sus relaciones por muchas razones; personales, de la relación, de los costos o por obligaciones morales pero ¿en las personas adictas como es que se presenta? una posible respuesta es que las personas se acoplaron a su pareja, es decir, se fusionará a ellos hasta perderse y que utilizarán en mayor medida estrategias de mantenimiento y evaluarán como muy costoso salir de la relación, no solo por toda la inversión en ella si no porque consideran no tener alternativas viables fuera de la relación.

La investigación da cuenta que el compromiso se deriva de la experiencia de la dependencia de una relación y es quizás el más fuerte predictor de la persistencia de la relación (Drigotas & Rusbult, 1992; Le & Agnew, 2003; Rusbult, 1983), aun cuando la relación es insatisfactoria o abusiva (Rusbult & Martz, 1995; Thibaut & Kelley, 1959).

¿Cómo o qué es lo que hace que las personas sigan dedicadas en cuerpo y alma a su relación romántica? ¿Por qué las personas continúan con su relación de pareja cuando no son satisfechas sus necesidades básicas? La presente investigación trato de contestar estas y otras preguntas que surgieron, la respuesta a estas primeras interrogantes se encontró al analizar las relaciones románticas en las cuales se identificó un padecimiento denominado adicción al amor en la que las personas son capaces de permanecer en sus





relaciones, sin importar lo que la otra persona les haga, pero ¿todos son susceptibles de ser adictos? Al adentrarse al terreno de las adicciones se encontró que existen ciertos rasgos de personalidad que hacen que las personas tengan cierta predisposición a tener este padecimiento. Sin embargo, para comprender este padecimiento no solo se deben evaluar las características individuales, sino aquellas variables derivadas de la interacción con la pareja, es cuando entra en juego el apego en el que se encuentra que cuando las personas experimentan gran ansiedad seguirán comprometidos con su relación aún cuando su pareja no los ayude a cumplir sus necesidades, mientras que el compromiso se relaciona con la persistencia de permanecer en la relación aunque ésta sea insatisfactoria.





MÉTODO



**LO QUE HACEMOS ES RESULTADO DIRECTO NO SÓLO DE QUÉ Y CÓMO PENSAMOS,
SINO TAMBIÉN DE QUÉ Y CÓMO SENTIMOS.**

WARREN BENNIS





Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el perfil psicológico y social del adicto a las relaciones amorosas?

Objetivo General:

Identificar el perfil psicológico y social del adicto a las relaciones amorosas.

Justificación:

¿Qué cualidades son necesarias para una buena relación? Esta no es una pregunta fácil de responder para ninguna persona, ya que la respuesta que se dé variará dependiendo de las experiencias personales, en donde no solo se tienen que identificar los aspectos de la vida amorosa, sino su historia familiar, su personalidad y hasta su carga genética, lo que dará una impresión casi-completa de lo que para esta persona es una vida sana en el área de las relaciones personales.

Pero entonces, si este tema del amor es tan subjetivo, ya que cada persona hablará de cómo es que ha sido su vida amorosa, ¿Cómo las personas aprenden la mejor manera de vivir sus relaciones? La respuesta más factible es por medio de la cultura ya que ésta es la que permea y perpetúa ciertas ideas de lo que es el amor, de lo que se debe hacer, con quién hacerlo, en qué momento vivirlo, con cuánta intensidad sentirlo y es por medio de los programas de televisión, películas, canciones, libros e historias donde se suelen glorificar las relaciones románticas, en su mayoría intensas, tormentosas y sacrificadas.

Entonces, los seres humanos dependiendo de la cultura en la que vivan es que tendrán una idea de cómo es que se tiene que vivir el amor. Es importante mencionar que como seres sociales necesitamos de atención e intimidad. Pero existe un momento en que el exigir la atención desmedida de los otros disminuye, las personas se hacen autónomas aunque siguen teniendo dependencias positivas que son todas aquellas que guían al individuo a desarrollarse no alteran su salud ni son malas, si no son absolutamente necesarias (p.e. la comida, los seres queridos, el trabajo, etc.), o en





algunos casos dependencias negativas que son aquellas que perjudican a las personas (p.e. al alcohol, al cigarro, a la comida, a la religión, etc., Vázquez, 2007). A partir de la socialización, desde temprana edad, se enseña que el amor es una cosa hermosa, debe ser alcanzado a casi cualquier costa y debe de durar para siempre.

Dentro de estas últimas se encuentran las adicciones a químicos que son consideradas uno de los mayores problemas de salud pública tanto en el mundo por ejemplo se encuentra que en America los EE.UU. (son el primer consumidor en general de drogas), mientras que Colombia (1° consumidor de Cocaína), Chile (1° en Marihuana) y Perú (1° en Éxtasis), mientras que en Europa los principales consumidores son España, Italia y Gran Bretaña (ONU, 2004) y esta no es una problemática que no toque a México ya que este es un problema que ha crecido en los últimos veinte años de manera exponencial y que además de confrontar los valores familiares y la efectividad de la educación familiar, sacudiendo a las sociedades y a los gobiernos, se perfila como un reto de gran importancia por superar, sobre todo en cuanto a recursos e infraestructura de atención se refiere (Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA, 2008). Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan muchos aspectos de la vida de una persona. La ENA 2008 reveló que en sólo seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido. El número de adictos a las drogas ilegales aumento 51% mientras que el consumo experimental aumentó de 3.5 millones a 4.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años, sin incluir al tabaco y al alcohol con lo que la cifra fácilmente se triplicaría.

En las sociedades postindustriales contemporáneas están surgiendo nuevas dependencias con y sin sustancias psicoactivas (juego, comida, compra, sexo, Internet, etc.) (Alonso-Fernández, 2003; Becoña, 2005; Echeburúa, 2000), entre ellas las relativas a las *dependencias sentimentales o adicción al amor* constituyen un fenómeno de enorme importancia socio-sanitaria. Tales patologías forman parte sustancial de la clínica cotidiana y permanecen en el fondo de numerosos trastornos psicológicos como elementos nucleares de base que se ignoran o lateralizan precisamente porque los profesionales desconocen en buena medida su etiología y claves diagnósticas y





terapéuticas. Constituyen un grupo de trastornos difíciles de asimilar a las categorizaciones convencionales del DSM y CIE.

Es importante recalcar que la emoción del amor ha sido un tema recurrente desde principio de la humanidad tanto para escritores, poetas y cantantes que lo han presentado regularmente como una dolorosa adicción y es relativamente reciente cuando los científicos se ha abocado a su estudio y es cuando se comienza a distinguir que no solo se experimenta un exquisito placer, sino también un deseo desesperado de que la otra persona se convierte en el más importante objetivo de su vida (p.e. Hatfield & Rapson, 1996; Sánchez Aragón, 2007). Sin embargo es importante distinguir entre "amor pasión" que es un estado universal y necesario para los seres humanos y lo que podría definirse como "adicción al amor" que es concepto específico de un trastorno, que se caracteriza, más allá de imperiosa necesidad y el deseo, por un patrón problemático de las relaciones amorosas donde existe una angustia significativa con la búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas.

Por lo que se entiende entonces que en el amor adictivo el placer, el sufrimiento, la motivación y la recompensa son proporcionados por el ser querido y mediada sobre todo por la relación emocional (Reynaud et al., 2010).

Al hablar de adicción al amor es importante decir que no se tiene conocimiento de los datos publicados sobre la epidemiología. Ya que los estudios epidemiológicos son difíciles a falta de una validación, definición operacional. En Estados Unidos hay más de un millar de grupos de Adictos al Amor y al Sexo Anónimos (SLAA) pero se encuentra que casi todos los grupos se especializan en adicciones sexuales y se encuentra que los asistentes hombres acuden a estos grupos por problemas con la adicción sexual mientras que la mayoría de las mujeres por lo general asisten por adicción al amor (Reynaud et al., 2010).

El cambio de una pasión normal a la adicción puede ser apenas perceptible ya que en ambos se encuentra la dependencia y la necesidad, pero en la adicción se define como la etapa donde el deseo se convierte en una necesidad compulsiva, cuando el sufrimiento reemplaza el placer, cuando se persiste en la relación a pesar de





conocimiento de los efectos adversos (incluyendo la humillación y la vergüenza), lo cual lo pone en el mismo nivel de las adicciones comportamentales propuesto por Potenza (2006) al decir que las adicciones se basan en un estado de ansiedad, en una participación compulsiva, la pérdida del control llegando a una discapacidad y el comportamiento continuado a pesar de consecuencias desfavorables.

En los adictos al amor se encuentra que un mecanismo cognitivo, impulsada por una motivación de gran alcance caracterizada por lo siguiente: (Reynaud, 2005) 1. atención dirigida (fijación): el "objeto de amor", asume un "significado especial", es único, de gran valor y adquiere una importancia primordial. 2. estrategia: se tienen una planificación de seducir y ser seducido por el objeto de amor, los amantes continuamente buscando la unión emocional con la persona amada. 3. aumento intenso de la energía: la intensidad del sentimiento amoroso alienta a la persona que quiere a hacer todo lo intelectual, social y físicamente para estar con la pareja. 4. recuerdos generalizados: el profundo amor hace que se retorne fácilmente a escenas anteriores, así como canciones, cartas, etc. asociados a la ser querido. 5. procesos invasores de pensamiento: pensamientos obsesivos e intrusivos con la presencia del ser querido.

Un aspecto primordial al hablar de adicciones es el síndrome de abstinencia o craving que se define como aquellas recaídas, establecimiento del uso excesivo de droga, pérdida de control y consumo diario excesivo (OMS, 2010), lo cual es equiparable en los adictos al amor ya que para ellos la ausencia, sobre todo la incertidumbre, de la persona amada tiene manifestaciones neuropsicológicas similares a los síntomas, de la abstinencia de sustancias, incluyendo el estado de ánimo negativo (irritabilidad, ansiedad, depresión, ira), el sufrimiento y las sensaciones de vacío alteraciones del sueño, y la preocupación cognoscitiva con la búsqueda y el cumplimiento de los otros, y el deseo de este otro.

Mientras que las señales externas (lugar, el olor, la forma del cuerpo, la situación) asociadas con el amante evocar recuerdos de gran alcance de la relación, similar al efecto de los asociados claves que los adictos a las drogas tienen y por último se auto-justifican





su relación destructiva, el adicto al amor subestima los costos de la relación, al igual que un adicto a una sustancia.

En esta adicción, la sustancia es el afecto o el cariño de otro ser humano desempeña el mismo papel que los sedantes o estimulantes de las adicciones químicas; son incapaces de retribuir amor; sólo experimentan una apremiante necesidad de ser amados (Schaeffer, 2000; Retana Franco, 2004). Se encuentra de manera constante que es en la práctica clínica donde se hace referencia a este padecimiento, sin embargo la ausencia de una definición deja un hueco en los datos ya que al no tener ningún estudio sistemático asociadas a esta adicción no se sabe a ciencia cierta cuáles son los rasgos de personalidad predominantes o cuales serian los factores genéticos que pueden estar relacionados al riesgo de esta adicción (Reynaud et al., 2010). En la literatura se encuentra que para que esto suceda, existen una serie de variables tanto individuales como de interacción que fungen como cómplices y desencadenadores de la experiencia adictiva entre ellas la personalidad, el apego (Bartholomew, 1997; Bradley & Cafferty, 2001), el compromiso (Simpson & Rholes, 1998), el mantenimiento (Dainton & Stafford, 1993), la equidad, el poder y la violencia por mencionar algunos.

Para poder entender la forma en la que se alían algunas de estas variables a continuación se describe su comportamiento. Tempranamente los estilos de apego surgen en el individuo como parte de sus primeras experiencias sociales y de vinculación afectiva primaria; misma que de acuerdo a la literatura se mantienen durante toda la vida e influyen en la formación y el mantenimiento de las relaciones románticas (Bartholomew & Horowitz; 1991; Shaver & Brennan, 1992; Collins et al., 1990; Feeney et al., 1990; Hazan & Shaver; 1987; Kirkpatrick et al., 1994; Simpson, 1990). A continuación, las subsecuentes experiencias sociales aunadas a factores hereditarios como el temperamento, van consolidando la personalidad del individuo que puede ser de dos tipos los que buscan el placer y los segundos que buscan el apaciguamiento del sufrimiento y intranquilidad subyacente (Reynaud, 2005), en la práctica clínica se reporta que los segundos buscar sistemáticamente relaciones dolorosas (Reynaud et al., 2010). Se encuentra que la personalidad se va matizando por el estilo de apego





desarrollado, el cual puede imprimir un carácter seguro, ansioso-ambivalente e incluso rechazante evidente en la forma y tipo de relaciones que se establecen. Al respecto, Simpson (1990) encontró que los tipos de apego, más el seguro correlacionan con el compromiso en las relaciones adultas. A su vez se encuentra que la evolución del compromiso depende del éxito o del fracaso experimentado en la relación; si se inicia con intenciones de conservarla, este factor asciende lentamente, luego crece en intensidad y, cuando la relación es exitosa, se estabiliza; de lo contrario, cae (García Restrepo, 2010). Así mismo se encuentra que en una situación emotivo-pasional intensa la falta de compromiso produciría ansiedad por el temor permanente de perder el objeto de amor, por lo que se encuentra una estrecha relación entre este y la adicción, de tal suerte que cuando se es abandonado por el amante a quien se creía ligado, aparecen en forma masiva efectos psicológicos devastadores como irritabilidad, pérdida de apetito, depresión, incapacidad para concentrarse, e incluso hasta la pérdida del sentido de otros valores, por lo que las personas adictas perseguirían incesantemente el compromiso en sus relaciones porque este les proveería la seguridad de que el vínculo que se tiene con la pareja no se romperá. El nivel de compromiso en la relación impactará necesariamente sobre los comportamientos estratégicos que se eligen y se decretan intencionalmente con el fin de sostener la relación adictiva, con lo que evitan que su pareja se marche de su lado.

Es importante mencionar que la infelicidad es inevitable en las relaciones adictivas porque en algún nivel, cada persona siente poco poder o control creyendo que no están recibiendo lo que quieren de la otra persona. A menudo, las relaciones adictivas tienen escaladas desde palabras violentas y enojo hasta el físico real (Ben-Ze'ev & Goussinsky, 2008; Schaeffer, 2000). Un ciclo de abuso y la reconciliación con frecuencia hacen aún más difícil el que pueda salir.

La adicción al amor es muy común y muy difícil de reconocer por los miembros de la pareja, mientras que para los otros es fácil de advertir. Los miembros de la pareja sienten que este vínculo no puede romperse. Cuando estas relaciones llegan a romperse, las personas dicen ya que estuvieron fuera de ella por un tiempo que se sorprendieron





de descubrir todo lo que habían tolerado y había sido malo la mayor parte del tiempo cuando estaban con esa persona. Pero cuando se está en centro de la relación, es casi como si se estuviera atrapado en una tormenta de emociones, sin ningún sentido de dirección. La adicción al amor afecta la su salud física y el bienestar emocional.

Se prevé que los resultados de la investigación al identificar cual es el curso que sigue la adicción, ayuden de manera preventiva al identificar un perfil psicológico del adicto al amor y que las personas que ya estén es este tipo de relaciones puedan salir de la problemática.

Con el fin de cumplir con el objetivo general propuesto se intentaron cumplir con tres objetivos específicos: 1) Identificar cuáles son los rasgos de personalidad de los adictos al amor; 2) Construir y validar psicométricamente los instrumentos para cada rasgo de personalidad y compromiso de los adictos al amor y 3) Explorar la relación de las variables así como obtener el perfil psicológico del adicto al amor. Por lo que a continuación se describen tres estudios para contestar a estos objetivos con una sección metodológica, resultados y discusión.





ESTUDIO I



**SI HACES UNA COSA MÁS DE UNA VEZ,
PUEDES OBTENER MEJORES RESULTADOS**

JOHN CAGE





MÉTODO

Propósito. ¿Cuáles son los Rasgos de Personalidad de los Adictos al Amor?

Objetivo

Identificar cuáles son los rasgos de personalidad de los adictos al amor.

Estrategia

Con base en el marco teórico resulto central indagar los rasgos de personalidad del adicto al amor por medio de dos técnicas: la primera consistió en analizar la literatura sobre el tema para obtener así algunos rasgos de personalidad y la segunda fue la aplicación de la Escala de Adicción al Amor (Retana Franco, 2004) y solicitar autobiografías a personas con adicción al amor para corroborar y/o agregar más rasgos de personalidad que poseían estas personas.

Variables

Variable Continua Adicción al Amor

Definición Conceptual

Adicción al Amor: trastorno que hace sentir a la persona como en un sueño en donde se intentan cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, ya que el individuo se siente incompleto, vacío, desesperado, triste y perdido solo cree que este dolor se puede remediar a través de su conexión alguien fuera de sí mismo. Creen que su pareja es la única e insuperable persona mágica que puede satisfacer todas sus necesidades, les brinda felicidad y satisfacción, al solucionar todos sus problemas, al hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida, por lo que existe posesión, celos, rutina y enclaustramiento de la pareja. Existe en ellos una angustia significativa con la





búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas al soportar increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen. Para estos amantes el renunciar a la relación nunca es una opción, ya que ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad.

Personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás (Schultz, D. & Schultz, S., 2000).

Definición Operacional

Adicción al Amor: Puntaje que los participantes obtengan en la escala de Adicción a el Amor (Retana Franco, 2004).

Personalidad: indicadores que dé el participante al respecto de sus características de personalidad en la auto-biografía.

Participantes

Población Hombres y Mujeres de la Ciudad de México

Muestra 150 personas adultas ya sea hombres o mujeres.

Criterios de Inclusión

Que hubiera tenido una relación de pareja

Mayores de 18 años

Menores de 50 años

Criterios de Exclusión

Personas casadas

Personas con hijos





Tipo de Estudio

Exploratorio, de Campo y Transversal. Exploratorio porque permitió identificar relaciones potenciales entre las variables, de campo porque se llevo a cabo en el medio natural del individuo y transversal porque la medición se practico en una sola ocasión (Kerlinger & Lee, 2001).

Diseño

Ex post facto retrospectivo (Campbell & Stanley, 2005), ya que se les pidió a las personas que recordaran como habían sido sus relaciones, con amigos, pareja y familia.

Instrumentos

1 Escala de Adicción al Amor (Retana Franco, 2004) en su versión corta que consta de 35 reactivos en formatos de respuesta tipo Likert que va de 1 (Completamente en desacuerdo) a 5 (Completamente de acuerdo). Es una escala que está compuesta de siete dimensiones denominadas: dependencia, necesidad apremiante, psicofisiológico (emocional), co-dependencia, resistencia, deseo incontrolado y celos, es una instrumento que ha demostrado ser válido y confiable en población de adultos mexicanos, en cuanto a sus coeficientes de confiabilidad estos son: de .90, .89, .84, .80, .76, .68 y .61 respectivamente.

2 Auto-biografía. Compuesta por siete preguntas abiertas específicas, los rubros que se exploraban eran las relaciones con las familia, con la pareja y con los amigos, ya que la literatura marca que éstos son decisivos para formar la personalidad de los individuos, algunos ejemplos de ellas son: ¿cómo ha sido la relación con los miembros de tu familia?, ¿de quién has percibido más cercanía o distanciamiento?, ¿cómo han sido tus relaciones de pareja?, ¿qué tanto te involucras, das todo de ti o no?.





Procedimiento

Se utilizó la técnica de “bola de nieve” ya que es un sistema de muestreo de conveniencia que consiste en la capacidad del investigador para encontrar un conjunto de individuos con las características deseadas (Kerlinger & Lee, 2001). Los individuos fungieron como informantes para identificar a otras personas con las características deseadas, y éstas a otras, y así sucesivamente. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre relaciones de pareja y se les pidió su cooperación, una vez que se aceptaron participar se aplicaron ambos instrumentos garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.

Análisis Estadístico

Análisis de contenido en el que se extrajeron todas las respuestas (y su frecuencia) que los participantes emitieron ante cada pregunta, de ahí se identificaron tanto los rasgos de personalidad que la literatura señala como parte del perfil del adicto, posteriormente se formaron categorías relativas a dichos rasgos y se validaron por medio de jueces expertos.

RESULTADOS

Con base en lo encontrado en la literatura, realizar comparaciones de cada uno de los tipos de adicción, con la adicción al amor y la conclusión de que las mayores coincidencias las tiene con la adicción en general; se decidió tomar todos estos rasgos como base para poder compararlos con las auto-biografías proporcionadas. Es importante resaltar que los resultados solo son el análisis de las preguntas que iban encaminadas a evaluar aspectos vinculados a la relación de pareja.

En la tabla 6, se pueden observar en primer término los rasgos correspondientes a adicciones (en general), **algunos de los ejemplos** de las respuestas que las personas





expresaron y la frecuencia de aparición. Siendo importante mencionar que el afrontamiento inadaptativo y el enojo son los que tienen las mayores frecuencias.

Tabla 6. Rasgos de las Adicciones en General

Rasgo	Ejemplos	F
Afrontamiento inadaptativo	Han sido muy pocas y nada relevante, Lo que más duré con alguien fue seis meses y de manera inestable, Siempre he terminado mal, no logro congeniar	15
Enojo	Hay peleas constantes, Me llevo bien aunque en ocasiones nos lleguemos a enojar por desacuerdos que tenemos pero tratamos de hablarlo y solucionarlo	12
Vulnerabilidad	En ocasiones me lastiman, No me gusta salir lastimada	10
Inseguridad	Cuento todo y me gusta que sean sinceros y no tengan secretos para mi, No me involucraba demasiado	10
No regulación	Doy todo pongo todo de mi parte para que funcione bien	9
Escasa comunicación	Guardo en varios aspectos la distancia	9
Vergüenza	En ocasiones no digo lo que siento	8

En la tabla 7, se encuentran los rasgos que se comparten en estas dos caracterizaciones es decir la adicción en general y la adicción al amor. Se puede observar que los rasgos que mayor frecuencia tienen son la co-dependencia, la baja auto-estima, la dependencia, el auto-engaño, el sentirse incompletos y con baja auto-confianza y es importante resaltar que el bajo auto-control es que menor frecuencia tiene.





Tabla 7. Rasgos de las Coincidencias entre la Adicción al Amor y la Adicción en General

Rasgo	Ejemplos	F
Co-dependencia, Baja auto-estima, Deprimidos	Me preocupa mucho no ser correspondida de la misma manera y me deprime mucho	20
Baja auto-estima	Mi auto-estima se volvió en mi contra, No elegía como pareja a las mujeres que deseara, sino con quien se daba la oportunidad	19
Dependencia	Me involucro demasiado, Doy todo de mí, trato de estar con él en todo momento	16
Auto-engaño	Me gustaba realizar mis actividades "sin interferencias", Si me involucre demasiado y salí lastimada y ahora con mi esposo también, No veía lo bueno de otras relaciones y no me daba la oportunidad de conocerlos más	16
Incompletos- locus de control externo	A mí no me gusta demostrar lo que siento y por lo cual siempre se va de mi lado	15
Impulsividad, enojo	Actualmente pasamos por conflictos, pero seguimos juntos	11
Baja confianza	Dando todo de mi hasta dejarme en segundo plano	11
Intolerante a estímulos displacenteros	No me involucro tanto hasta saber si el terreno donde piso es seguro, No eran tan prioritarias para mí	10
Ansiedad	Fueron desagradables donde ha influido la infidelidad, Me angustiaba, Siempre estaba a la defensiva	9
Incompletos	Lo doy todo y muy rápido	8
Bajo auto-control	Doy todo	1





En la tabla 8, se pueden observar solo los rasgos que pertenecen a la adicción al amor, donde la sensación de urgencia acompañada de la obsesión-compulsión son los que mayor frecuencia obtuvieron.

Tabla 8. Rasgos de la Adicción al Amor

Rasgo	Ejemplos	F
Sensación de urgencia	Doy mucho de mí, Nos vemos muy seguido porque lo necesitamos, Todo el día quiero verlo	25
Obsesión-compulsión	Se volvió una obsesión el recuerdo de una persona muy importante, Tengo que llamarlo para sentirme mejor	20
Obsesión, No regulación	Tal vez por miedo a ser lastimada simplemente me limito a crecer mis sentimientos	14
Solos, vacío existencial	Siempre lo doy todo y esto me ha llevado a sufrir desilusiones porque no soy correspondido	10
Co-dependencia	Trato de adaptarme a su vida y que él se adapte a la mía, Necesito ayudarlo en todos sus proyectos	10
Auto-destrucción	Son algo destructivas, Busco relaciones destructivas	8
Desesperanza	Me limito a darlo todo por miedo a salir lastimada y eso impide que la relación fluya como debería de ser, No han sido tan buenas mis relaciones y sé que así continuarán	7
Tolerancia, sumisión	Si algo me hace sentir mal lo cayó, Si me tratan mal no digo nada, Si me grita mi pareja lo soporto	6

En la tabla 9, se pueden observar las categorías que resultaron del análisis de las respuestas de las personas no adictas, es importante resaltar que se las primera categoría





con la frecuencia más alta es aquella denominada aspectos positivos, siguiéndole muy por debajo los aspectos negativos de las relación de pareja y por último la denominada estabilidad, que se refiere al tiempo que se lleva en la relación.

Tabla 9. Rasgos de las Personas No Adictas[‡]

Categoría	Ejemplos	F
Aspectos Positivos	procuro ser sincero e interesarme lo más posible en mi pareja, han sido muy padre, me agrada compartir, estoy enamorada de él y él de mí, me he involucrado con personas que me gustan y con estas personas he establecido mucha cercanía	69
Aspectos Negativos	él era el que más se ha involucrado, duro muy poco y casi no pongo de mí, siento que yo doy mucho de mí, me enamoro muy rápido, se han terminado porque ellos lo han decidido así	18
Estabilidad	llevamos casi 7 años, llevo 6 años con mi novio, llevo casi 9 años, ha sido duradera 2 años	15

Se puede resumir con base en la literatura (p.e. Alonso-Fernández, 1996; Barrón, Mateos & Martínez, 2004; Echeburúa, 2000; Greenfield, 1999; Gwinnell, 1999; Mesa & León-Fuentes, 1996; Mezzich, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci & Parks, 1997; Roth, 1995; Sánchez & Berjano, 1996; Sender, 1997; Váldez, 1997) que las personas adictas tienen solo 29 rasgos personalidad de los que se les atribuyen, los cuales son: 1. Afrontamiento inadaptable, 2. Ansiedad, 3. Auto-destrucción, 4. Auto-engaño (controlabilidad), 5. Baja auto-estima, 6. Baja confianza (sin valor), 7. Bajo auto-control, 8. Co-dependencia, 9. Dependencia, 10. Depresión, 11. Desesperanza, 12. Disforia (Sentimiento desagradable), 13. Enojo, 14. Escasa comunicación, 15. Impulsividad, 16. Incompletud (necesidad de

[‡] Para más detalle de las respuestas ver Anexo 1





cariño), 17. Inseguridad, 18. Intolerante a estímulos displacenteros, 19. Locus de control externo, 20. No regulación, 21. Obsesión-compulsión, 22. Sensación de urgencia, 23. Solos, 24. Sumisión, 25. Tolerancia, 26. Vacío existencial, 27. Vergüenza, 28 Violencia y 29.Vulnerabilidad. Y no se no se presenta la baja tolerancia a la frustración, ni la culpabilidad, ni ser pasivas o tímidas, por mencionar algunos.

Mientras que las historias de las personas no adictas amor se encuentran aspectos de estabilidad, aspectos positivos y aspectos negativos.

DISCUSIÓN

El que en la literatura se mencionen aspectos que podrían generar la adicción al amor es algo significativo, pero el que nadie se haya dado a la tarea de evaluar empíricamente cómo es que se generan estas relaciones, fue el punto de partida más importante para que esta investigación fuera emprendida.

Una manera de valorar si este padecimiento existe en las personas, es evaluar si existen coincidencias entre las adicciones químicas y sociales dentro de las cuales se encuentra la adicción al amor (Echeburúa, 2000; Vázquez, 2007). Al realizar una revisión de la coincidencia de estos, se encontró que la adicción al amor cumple con los siete criterios que definen un trastorno por dependencia a sustancias (APA, 2000): 1) existe una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la conducta para lograr el efecto de la emoción deseada (estar más tiempo con la pareja), 2) se tienen sentimientos subjetivos que instan al individuo a seguir el comportamiento cuando se intenta dejar de realizarlo (sentirse desesperado, angustiado y solo cuando no se está en la relación, como en la retirada del fármaco; (Anónimo, 1986; Wolfe, 2000), 3) el comportamiento se dedica por un largo período de tiempo aún más del que se pretende en un principio (se pasa más y más tiempo con la pareja o incluso si la relación se termina se sigue considerando a la pareja como si la relación continuara; (Timmreck, 1990; Weiss y





Schneider, 2006; Wolfe, 2000), 4) existe un deseo persistente y/o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el comportamiento (se puede decir "nunca voy a caer en amor así otra vez" y, sin embargo, cuando tiene nuevamente una relación ésta tiene las mismas características; (Feeney & Noller, 1990, Weiss & Schneider, 2006; Wolfe, 2000, Young, 1990), 5) se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para iniciar o continuar el comportamiento, o bien para recuperarse de sus efectos (se puede pasar horas de itinerancia en busca de una nueva relación). Además, 6) las actividades sociales, laborales o recreativas importantes, son abandonadas o reducidas (se pueden ignorar el trabajo, las responsabilidades familiares, o se reduce la participación en pasatiempos prosocial), y 7) el comportamiento continúa a pesar de tener un problema recurrente ya sea físico o psicológico que es probable que haya sido causadas o agravado por el comportamiento (uno puede sufrir de depresión o pérdida financiera como consecuencia de la adicción al amor y sin embargo continuar con la relación (p.e. Fisher, 2006).

Por otro lado, a nivel neurológico se encuentra que cuando las personas sienten amor romántico, la activación se observa en la zona dorsal de la corteza cingulada anterior, el núcleo caudado y la ínsula medial (Bartels & Zeki, 2000, 2004), junto con niveles elevados de dopamina y norepinefrina mesolímbico (asociada con euforia, energía y comportamiento motivado), los opioides endógenos (asociado con el placer), disminución de los niveles de la serotonina (asociado con el pensamiento obsesivo), y el aumento de los niveles de neuropéptidos como la oxitocina (asociada con el apego y el placer [Diamond, 2004; Fisher, 2000, 2006; Marazziti et al., 1999]).

Un último punto es que los medios de comunicación pueden tener un impacto en el desarrollo de la adicción al amor. En la música, por ejemplo, el amor se asocia con problemas emocionales, deseo, anhelo de una persona querida, alta fantasía, idealización, dependencia, pensamiento obsesivo y extremo con el objeto de amor (Vannini & Myers, 2002). En muchos medios de comunicación se transmiten constantemente como ideales las cualidades adictivas del amor, incluyendo las novelas





románticas, tarjetas de felicitación, películas, series de televisión, la música (Anónimo, 1986; Timmreck, 1990; Yoder, 1990).

Intentando explicar el por qué es que los adictos al amor tienen rasgos de las adicciones en general, se encuentra que Young (1999) señala el término de “esquemas[§] maladaptativos tempranos” que... explica más... no se entiende los que tienen mayores coincidencia, pero también otras de las perspectivas contribuyen al entendimiento de porque se generan las adicciones.

Se encuentra que las personas adictas al amor piensan que sus relaciones han sido muy pocas y nada relevantes, siempre he terminado mal, no han logrado congeniar (afrentamiento inadaptativo) o que tienen peleas constantes, que en ocasiones se enojan por desacuerdos que tienen con la pareja (enojo); estos pensamientos podrían explicarse por dos esquemas, primero el de abandono/inestabilidad donde se tiene la percepción de las personas que los rodean no son dignos de confianza y la persona será abandonada o cambiada; y por el esquema de condena en el que los adictos tienen la creencia de que las personas deberían ser castigadas con dureza por cometer errores, generalmente incluye una dificultad para perdonar los errores propios o ajenos y se exagera el mal carácter, son intolerantes y punitivos. Pero también, el modelo social ayudaría a entender esta situación ya que nos dice que la manera en cómo reacciona el individuo es el reflejo de la interacción con los agentes socializadores (Tapia Conyer, 2001) que para estas personas no les están brindando la suficiente atención, lo que traería como consecuencia el sentimiento de abandono y la búsqueda de refugio en situaciones nada favorables para la persona.

Las personas adictas al amor se consideran y actúan de manera vulnerable, algunos de sus pensamientos se ven reflejados en los siguientes ejemplos: “en ocasiones

[§] De aquí en adelante cada que se mencionen los esquemas se estará haciendo referencia a los esquemas maladaptativos de Young (1999)





me lastiman o no me gusta salir lastimado (a)” que se confirma con el esquema de desconfianza/abuso en que las personas tienen la creencia de que las personas los lastimarán, de que serán víctimas de abuso y que terminarán engañados o abandonados. Esto, se fortalece con los planteamientos de Ellis (1983) quien dentro de la terapia cognitivo-conductual expresa que las personas adictas no saben manejar sus emociones y todas aquellas que les pueden llegar a generar un malestar son depositadas en la adicción, así las personas tienen pensamientos y conductas negativas. Asimismo, esperan que su pareja (su persona mágica) les brinde apoyo de manera incondicional, lo cual se ve apoyado por el esquema de deprivación emocional en donde lo que más se desea es lograr el apoyo emocional que no fue satisfecho en la infancia. Estas personas no regulan de manera adecuada sus emociones y brindan su cariño de manera apresurada y sin medida (doy todo pongo todo de mi parte para que funcione bien), lo cual concuerda con el esquema de auto-control/auto-disciplina insuficientes en el que existe dificultad generalizada a ejercer un auto-control, por lo que no se tiene suficiente tolerancia a la frustración y existe una expresión excesiva de sus impulsos. Por otra parte encuentran coincidencias con la teoría de la acción razonada (Ajzen, 1991) en la parte en donde se explica que la conducta adictiva tienen que ver no solo con el factor individual, sino también por el factor social en el que se intenta complacer a otro significativo que en este caso sería la pareja y la fuente de adicción

Dentro de las cosas que manifiestan los adictos están: comportarse de una manera insegura, cuentan las cosas esperando sinceridad de la pareja y se involucran rápidamente ya que están depositando en el otro excesivas expectativas que en la mayoría de los casos no son cumplidas; esto es explicado por el esquema de deprivación emocional en donde se desea lograr el apoyo emocional, protección y guía, pero esto nunca será adecuadamente satisfecho por su pareja.

Las personas adictas tienen escasa comunicación (guardo la distancia en varios aspectos) y/o vergüenza (en ocasiones no digo lo que siento), esta característica es explicado por el esquema defectuosidad/vergüenza, en el que la persona tiene un sentimiento de ser imperfecto, inferior e incapaz, por lo que cree no ser digno de ser





amado, estas personas tienden a compararse a no expresar lo que sienten y a tener una sensación de vergüenza por sus fallas.

Al hablar de las coincidencias entre la adicción al amor y la adicción (en general), es posible ver que se incrementan el número y la frecuencia de las respuestas reportadas por las personas adictas. Es claro, que las características con mayor frecuencia son la co-dependencia, baja auto-estima y depresión con pensamientos como: *me preocupa mucho no ser correspondida de la misma manera y me deprimó mucho o mi auto-estima se volvió en mi contra, no elegía como pareja a las mujeres que deseaba, sino con quien se daba la oportunidad.* Esta tríada de características es fácilmente explicada con el esquema de búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento en el que la obtención de la aprobación y reconocimiento de los demás, genera un detrimento de la seguridad. El sentimiento de auto-estima depende básicamente de las reacciones de los demás, más que de las propias inclinaciones naturales; y el esquema de fracaso que refiere a la creencia de ser estúpido, inepto, de bajo status, menos exitoso que otros y otras creencias de la misma naturaleza que en su conjunto ocasionan depresiones, al compararse con otras personas que son consideradas superiores. Esta triada se podría encontrar situada dentro de la teoría psicoanalítica (Freud, 1923 citado en Yela, 2002) en la que se indica que las adicciones son provocadas como una defensa frente a los estados de sufrimiento psicológico que experimenta el individuo.

La dependencia se genera cuando la persona reporta que se involucra rápidamente, da todo de ella y tratar de estar con la pareja todo el tiempo, esta forma de ser corresponde al esquema de dependencia/incompetencia que es cuando la persona concibe un excesiva implicación y cercanía emocional con su pareja, se consideran incapaces de enfrentar las responsabilidades cotidianas (p.e. cuidar de sí mismo, solucionar problemas diarios) de un modo competente sin una cantidad considerable de ayuda externa, en este caso la pareja que es la que tendrá que solucionarles la vida. Esta característica estaría también asociada con la teoría de la auto-eficacia (Bandura, 1977) cuando nos dice que las personas desarrollarán sus propias auto-percepciones que los





guiaran a alcanzar sus metas y controlar lo que son capaces de hacer, en las personas adictas se puede ver que este mecanismo ha fallado y solo es a través de algo que pueden salir adelante ya que no se sienten capaces de manejar ellos solos su vida.

Otro rasgo en el que concuerdan es en auto-engaño (*me gustaba realizar mis actividades "sin interferencias", sí me involucre demasiado y salí lastimada y ahora con mi esposo también*) lo cual es apoyado por Villatoro et al. (1999) y Sirvent (2007) al estudiar a personas que padecen alguna adicción, ellos reportan que las personas no perciben la relación: de su adicción y su deterioro personal como una misma cosa, sino que han aprendido a disfrazar y a ignorar lo que les pasa.

Cabe indicar que estas personas se visualizan como incompletas y encuentran poca responsabilidad de sus actos dentro de su conducta (*a mí no me gusta demostrar lo que siento y por lo cual siempre se va de mi lado*); lo cual se fortalece con la propuesta de Young (1999) quien menciona que existen personas que tienen sentimientos de fusión con otros o un sentido insuficiente de individualidad, ellos generalmente experimentan un sentimiento de vacío que no apunta a ningún lado, o en casos extremos, que cuestiona la propia existencia (esquema de enganchamiento emocional/yo inmaduro) y se intenta subsanar este vacío por medio de la conexión con la pareja (Schaeffer, 2000).

Las personas adictas tienen baja confianza o un esquema de desconfianza/abuso, ya que perciben que serán dañados y humillados, sienten que su pareja se aprovechará de ellos y serán engañados (*dando todo de mí hasta dejarme en segundo plano*). Las personas que establecen estos vínculos emocionales presentan graves carencias psíquicas y emocionales, por lo que solo pueden establecer relaciones con personas que presenten las mismas carencias, generándose así relaciones de pareja destructivas (Miranda & Bezanilla, 2007).

La intolerancia a estímulos displacenteros o hedonismos que presentan las personas adictas, se basa en el hecho de querer alcanzar el placer fenomenal que en algún momento se tuvo, cuando se realizó la conducta adictiva la primera vez, sin embargo, como menciona Vázquez (2007) nunca se llegará a ese pico máximo de placer quedándose solo en un círculo en el que se incrementa vertiginosamente la adicción (ver





Figura 1, pp. 10); esto se ve apoyado por el esquema de derecho/grandiosidad donde se tiene la creencia de que la persona debe ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás.

La manera en la que se manifiesta la ansiedad, en los adictos puede ser al pensar en situaciones desagradables donde existe de manera inminente la posible infidelidad (*porque ha sido común antes y ahora*), sienten angustia y son defensivos. Esto se entiende mejor, desde la perspectiva del esquema de estándares implacables/hipercrítica donde en las personas existe un deterioro significativo del placer, la salud y la auto-estima al no alcanzar nunca a cubrir los preceptos morales, éticos, culturales o religiosos que la relación le establece. Este aspecto se explica también por medio de la terapia cognitivo-conductual (Ellis, 1983), en la cual los seres humanos se ven influenciados por la cultura y la sociedad que crean procesos donde se puede genera la transformación de sus emociones, realizando una re-estructuración de los aspectos negativos, pero existen personas que no realizan de manera adecuada este proceso y en ellos prevalecen solo pensamientos irracionales.

Por último, al hablar de los rasgos exclusivos de los adictos al amor, se encuentra apoyo en las historias de estos, el rasgo que tienen mayor frecuencia es el de sensación de urgencia, en el que se reporta que las personas desean ver muy seguido a su fuente de pasión; lo cual tiene que ver con lo que Vázquez (2007) describe como su tercer paso en el proceso de la adicción, es decir, cuando las personas necesitan repetir la conducta de manera apremiante para aliviar el malestar de no tener a la droga al alcance.

La obsesión-compulsión tiene que ver con los pensamientos recurrentes que crean conductas incontroladas y liberadoras en alguna medida, las personas adictas reportan que su pareja se ha vuelto una obsesión, lo cual se ve evidenciado en las historias de Ben-Ze'ev y Goussinsky (2008) cuando entrevistaron a personas adictas al amor (que llegaron a matar a sus parejas porque estas quisieron salir de la relación).





El sentimiento de soledad y vacío existencial, se ve reflejado en frases como: *siempre lo doy todo y esto me ha llevado a sufrir desilusiones porque no soy correspondido*, se ve apoyado por el esquema de enganchamiento emocional/yo inmaduro, que refiere que existen personas que se encuentran tan íntimamente relacionadas, que los individuos "atrapados" no pueden sobrevivir o ser felices sin el apoyo constante de la otra persona, generalmente experimentan un sentimiento de vacío que no apunta a ningún lado.

El rasgo de co-dependencia se ve reflejado en las historias de los adictos, las personas dicen que tratan de adaptarse a su vida y el que se necesitan ayudar a su pareja en todos sus proyectos, lo cual concuerda con el esquema de auto-sacrificio en donde existe abnegación hacia la otra persona y en donde sus necesidades están a expensas de la propia satisfacción. Las razones por las que se realiza esta conducta, es evitar causar dolor a los demás, sentirse egoísta y culpable por ello, y mantener la conexión con aquellas personas que se perciben como necesarias, en este caso la pareja. Este aspecto encuentra eco, en la teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1977) ya que se plantea que las cosas se hacen únicamente si se evalúa como significativa la otra persona y es así que las otras conductas se realizaran solo por complacer a esta persona, y en este caso que puede ser más significativo e importante que la pareja?

Las conductas de auto-destrucción, se ven reflejadas cuando las personas son capaces de reconocer que su relación actual es destructiva y que en general sus relaciones son así; esto es confirmado ya que en si la conducta adictiva es un signo de destrucción hacia el propio individuo (Villatoro et al., 1999) y a eso, se agregan conductas que las personas hacen ya sea por descuido o por el llamar la atención de sus pareja; se vuelve una mezcla explosiva ya que entonces existirán varias maneras en las que las personas están intentando acabar con su vida.

El rasgo de desesperanza, aparece en las historias de los adictos al amor con frases como: *me limito a darlo todo por miedo a salir lastimada y eso impide que la relación fluya como debería de ser, no han sido tan buenas mis relaciones y sé que así continuarán*, en donde es claro observar que las personas tienen temor de que las cosas continúen así y que en el futuro definitivamente no cambiará. En este rasgo, existe una combinación del





esquema de fracaso y del de negatividad/pesimismo, en donde se piensa que se fracasará inevitablemente y se cree que uno es estúpido, inepto, falto de talento e ignorante, además de tener una concentración generalizada y permanente en los aspectos negativos de la vida mientras se minimizan o se ignoran los aspectos positivos.

Por último la tolerancia/sumisión en donde la personas están dispuestas a no decir si la pareja los trata mal o los hace sentir mal, además de aceptar de manera resignada los gritos del otro.

Una vez que se tuvieron identificados los rasgos en las historias de los adictos, surgió el problema de cómo es que se iban a medir todos ellos, ya que al los autores no se han puesto de acuerdo acerca de cuáles son los rasgos predominantes en los adictos y menos aún han abordado la tarea de construir una escala o una batería de pruebas que sea capaz de medir todos ellos en su conjunto.





ESTUDIO II

FASE 1



**LA CALIDAD NUNCA ES UN ACCIDENTE;
SIEMPRE ES EL RESULTADO
DE UN ESFUERZO DE LA INTELIGENCIA.**

JOHN RUSKIN





MÉTODO

Propósito. Construcción, validación y confiabilidad de instrumentos para cada rasgo de personalidad así como el compromiso de los adictos al amor

Fase 1

Diseño y Validación de Medidas de Personalidad en los Adictos al Amor

Objetivo

Construcción, validación y confiabilidad de instrumentos para cada rasgo de personalidad de los adictos al amor

Estrategia

Con base en los rasgos identificados en la fase anterior (19 rasgos), se procedió a realizar una búsqueda exhaustiva de definiciones sobre cada rasgo, para extraer las que dieran pauta al desarrollo de las escalas, se generaron bancos de reactivos, se revisaron los contenidos y se dio formato a todas las medidas para aplicar y realizar el procedimiento de validación (Reyes Lagunes & García y Barragán, 2008).

Variables

Variable Continua Adicción al Amor

Variable de Clasificación Sexo

Variables Interventoras: sensación de urgencia, obsesión-compulsión, afrontamiento inadaptable, impulsividad, intolerancia a estímulos displacenteros, dependencia, locus de control, vulnerabilidad, desesperanza, tolerancia, depresión, enojo, ansiedad, vergüenza, conducta auto-destructiva, auto-estima, auto-engaño, confianza, soledad y codependencia.





Definición Conceptual

1. *Adicción al Amor*: es un trastorno que hace sentir a la persona como en un sueño en donde se intentan cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, ya que el individuo se siente incompleto, vacío, desesperado, triste y perdido solo cree que este dolor se puede remediar a través de su conexión alguien fuera de sí mismo. Creen que su pareja es la única e insuperable persona mágica que puede satisfacer todas sus necesidades, les brinda felicidad y satisfacción, al solucionar todos sus problemas, al hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida, por lo que existe posesión, celos, rutina y enclaustramiento de la pareja. Existe en ellos una angustia significativa con la búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas al soportar increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen. Para estos amantes el renunciar a la relación nunca es una opción, ya que ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad.
2. *Sensación de urgencia*: se refiere principalmente a la sensación de desorientación, desesperación, el sentirse perdido y con una necesidad apremiante de realizar una tarea determinada o estar con alguien en particular en el instante en que se presenta dicha sensación (Retana Franco, 2004).
3. *Obsesiones* son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Además estos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre la vida real, las personas suelen intentar ignorar o suprimir estos estímulos, o bien neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. Las *compulsiones* se definen por ser comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una a una obsesión o con arreglo a ciertas





reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar (DSM-IV, 2004).

4. *Afrontamiento Inadaptativo*: son aquellos comportamientos no adaptativos para el individuo que están guiados a producirse daño, se incurre en conductas riesgosas, se ignora o se concentra la atención en aspectos dolorosos y se piensa en el suicidio (Retana Franco, en prensa).
5. *Impulsividad*: es una predisposición a reacciones rápidas no planificadas a estímulos externos o internos, sin consideración de las consecuencias negativas de esas reacciones para el individuo impulsivo y para los demás (Moller et al., 2001).
6. *Intolerancia a estímulos displacenteros*: es la búsqueda incesante del placer (hedonismo) o en palabras de Troland (1932 citado en Petri & Govenger, 2006) el ser demasiado sensible a estímulos nociceptivos (estímulos que ocasionan sensaciones desagradables), por lo que tienden a huir de ellos.
7. *Dependencia*: es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. No obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente. De hecho, una de sus características es que no soportan la soledad (Castelló, 2000).
8. *Locus de control*: es una expectativa generalizada acerca de si las respuestas influyen en la consecución de los resultados (éxitos, recompensas), así una creencia de que los resultados de sus actos son contingentes con lo que se hace se habla de que las personas tienen orientación interna de control, mientras que si se piensa que son resultado de factores ambientales se dice que se tiene orientación externa de control; sin embargo, investigadores posteriores han observado que el locus de control puede variar según la situación (Rotter, 1966).



9. *Vulnerabilidad*: se refiere a cuando un individuo puede fácilmente ser lastimado o herido en sus afectos debido a su debilidad, sensibilidad emocional o indefensión (Wolman, 1990).
10. *Desesperanza*: es cuando una persona siente que no puede hacer algo efectivo para afectar los eventos futuros, la persona puede sentirse impotente, deprimida y desalentada. Asimismo se le conceptualiza como la auto-percepción de ser incapaz de controlar los eventos o solucionar problemas por lo que el individuo sufre de depresión (Seligman, 1975).
11. *Tolerancia*: es la habilidad de cambiar rápidamente, modificar conducta y responder a condiciones cambiantes (Wolman, 1990).
12. *Depresión*: es un estado emocional de tristeza profunda y por un periodo de tiempo prolongado (Beck et al., 1974).
13. *Enojo*: es una emoción en la que se siente impotencia, coraje, desvalorización, mal humor, irritabilidad y odio; mientras que se piensa en cómo vengarse, en la traición, en la causa de la emoción, reflexionando para tratar de manejarla, controlarla e intentar resolver la situación o bien, simplemente bloquearse y no pensar nada como formas de evitación. Sus conductas más comunes son gritar, golpear, ser agresivo, insultar, estallar, reaccionar, discutir, lanzar objetos, pelear, aun que también se encuentra buscar calma, aislarse y guardar silencio (Costa & McCrae, 1992; Sánchez Aragón & Sánchez Ruiz, 2008).
14. *Ansiedad*: es definida como una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria, como una disposición a responder a la tensión psicológica con niveles distintos de intensidad, de tal manera que esta es vista como un estado emocional en el que se experimenta una sensación de inquietud y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente, que se puede vivir a cualquier edad, en especial se vive en tensión constante (familiar o laboral), donde no se vive o disfruta el presente, por preocuparse por el futuro (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975).





15. *Vergüenza*: es una emoción intensa, una reacción afectiva inmediata que sigue de una exposición (y desaprobación) de algo significativamente inapropiado o percibido como un defecto personal. En la vergüenza las atribuciones negativas hacia el Yo (“soy una persona despreciable”, por ejemplo) son globalizadoras y muy durables (Garnica, 2006; Wells & Hansen 2003).
16. *Conducta auto-destructiva*: se divide en directa o indirecta y lo que cambia es la meta consciente de la conducta. Si la meta principal es dañarse a sí mismo, el término conducta auto-destructiva es correcto y el suicidio es su forma extrema. En el comportamiento auto-destructivo indirecto el dañarse a sí mismo no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye errores relativamente insignificantes, auto-castigo y pequeños riesgos que sumados aumentan la posibilidad de lesiones serias y la muerte (Litman, 1983).
17. *Auto-estima*: es la evaluación que una persona hace de sí misma. Esta evaluación expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica hasta qué punto una persona se ve capaz, se considera importante y afortunada. Es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona mantiene respecto a ella misma. Si una persona hace una evaluación positiva de sí misma, su auto-estima es buena; pero si su evaluación es negativa, su auto-estima es baja (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1965).
18. *Auto-engaño*: es el desconocimiento voluntario, es una disposición a ignorar lo inconveniente, ganas de pasar por alto lo indeseable, voluntad de rechazar lo sabido (Elster, 2002). Su función principal es poder engañar más fácilmente a otros, ya que creyéndose las propias mentiras es más fácil convencer a los demás (Trivers, 2002).
19. *Confianza*: es la capacidad como la intención de desenvolverse y tomar riesgos en cualquier ámbito de la vida, ya que se tiene la convicción que estos serán sorteados. Esto incluye las relaciones de pareja las personas tienen la voluntad de comprometerse y cuando no les responden de la manera en la que ellos esperan los llevan a la *inseguridad* (Branden, 1995; Mayer et al., 1995).





20. *Soledad*: es un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento, salud física y psicológica del individuo (Montero, 1999).
21. *Codependencia*: patrón de relacionarse con los otros que está caracterizada por un extremo enfoque en el exterior del yo y en las necesidades y conductas de los demás; una falta de la expresión de los propios sentimientos y un intento de derivar de las relaciones, el sentido de la propia existencia, que llega a resultar en una imposibilidad para relacionarse de forma sana y satisfactoria con los demás (Zarco Iturbe, 2005).

Definición Operacional

Para todos los rasgos se utilizará el puntaje que los participantes obtengan en la respectiva escala.

Participantes

Población Hombres y Mujeres de la Ciudad de México

Muestra 250 Hombres y 250 Mujeres de entre 18 y 50 años.

Criterio de Inclusión

Que hubiera tenido una relación de pareja

Mayores de 18 años

Menores de 50 años

Criterios de Exclusión

Dependencia de sustancias psicoactivas, ya que se puede confundir con la adicción al amor

Presencia de alguna enfermedad, ya sea física o psicológica





Tipo de Estudio

Correlacional, de Campo y Transversal. Correlacional porque permite identificar relaciones potenciales entre las variables, de campo porque se llevo a cabo en el medio natural del individuo y transversal porque la medición se practicó en una sola ocasión (Kerlinger & Lee, 2001).

Diseño

Ex post facto, ya que no se tiene control sobre las variables independientes, porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables (Kerlinger & Lee, 2001).

Procedimiento de construcción (para cada escala)

1. Se buscó literatura que aportará la mejor aproximación a la definición conceptual de cada variable identificada.
2. Se buscaron medidas psicológicas sobre las variables.
3. Se realizaron bancos de reactivos con base en las definiciones conceptuales para cada variable considerando un formato de respuesta unificado tipo Likert.
4. Se adaptaron las medidas -o en su defecto reactivos- al contexto de la Adicción al Amor.
5. Se realizó análisis por jueces para que evaluar la correspondencia entre definiciones conceptuales y operacionalización (escala) de todos los rasgos (o variables).
6. Se re-ajustaron las operacionalizaciones a definiciones conceptuales.

Instrumentos

Escala	Tipo de respuesta	# de Reactivos
Afrontamiento inadapativo	Frecuencia (5)	18
Ansiedad	Cantidad (4)	40





Auto-destrucción	Cantidad (5)	14
Auto-engaño	Acuerdo (5)	12
Auto-estima	Acuerdo (5)	14
Confianza-Inseguridad	Acuerdo (5)	21
Dependencia	Acuerdo (5)	20
Depresión	Acuerdo (5)	24
Desesperanza	Acuerdo (5)	20
Enojo	Acuerdo (5)	19
Hedonismo	Frecuencia (5)	10
Impulsividad	Frecuencia (5)	23
Locus de control	Acuerdo (5)	16
Obsesión-Compulsión	Cantidad (5)	33
Sensación de urgencia	Acuerdo (5)	17
Soledad	Acuerdo (5)	18
Tolerancia	Acuerdo (5)	26
Vergüenza	Acuerdo (5)	8
Vulnerabilidad	Acuerdo (5)	16

Procedimiento

Se aplicó el instrumento consistente en un aserie de medidas para evaluar los rasgos en cuestión- a personas en general, en oficinas, escuelas o casas. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre las relaciones de pareja y se les pidió su cooperación, una vez que se aceptaron participar se aplicaran los instrumentos garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.





Análisis Estadístico

Para cada una de las escalas con respuesta tipo Likert (en sus diferentes versiones), se llevó a cabo el procedimiento de Reyes Lagunes y García y Barragán (2008) para obtener la validez y confiabilidad de los instrumentos.

Para cada una de las pruebas se realizó:

1. Un análisis de frecuencias reactivo por reactivo solicitando Media y Sesgo.
 - a. Lo anterior para verificar la captura y poder observar que existiera frecuencia en cada uno de los reactivos.
 - b. Posteriormente se revisó el sesgo para elegir aquellos reactivos que tuvieran un puntaje mayor de -5 a $+5$ ya que se buscan conductas típicas y no normales (ya que la población a la que se le aplicó el instrumento no son adictos al amor).
2. A continuación se realizó una suma (compute) de todos los reactivos.
3. Con esta nueva variable se le solicitan las frecuencias y se le solicitaron los cuartiles.
4. Se creó una nueva variable con los cuartiles extremos para poder obtener un grupo alto y otro bajo de la variable; con estos grupos se corrió una t de Student para muestras independientes (reactivo por reactivo), lo anterior se hizo para poder elegir solo aquellos que discriminaran (los reactivos que no lo hicieran fueron eliminados).
5. Se corrieron crosstabs por cada reactivo para ver si los reactivos tenían una dirección adecuada (el grupo alto crecía y el grupo bajo decrecía).
6. Con los reactivos que se aprobaron en los análisis anteriores se realizó un análisis alfa de Cronbach, para evaluar la consistencia interna de la escala.
7. Posteriormente se corrió un análisis de intercorrelaciones de los reactivos para determinar la rotación a la que se someterían, cuando las correlaciones fueron altas se realizaron rotaciones oblicuas mientras que cuando tenían correlaciones medianas se realizaron rotaciones ortogonales.



8. Se llevó a cabo un análisis factorial con la rotación que indico el paso anterior, solicitando que solo mostrara las cargas superiores a .40. Se revisó la congruencia conceptual de los factores
9. Se corrieron alfas de Cronbach para evaluar la consistencia interna de cada factor obtenido.

RESULTADOS

Ya que se habían obtenido los rasgos que componen (teóricamente) el perfil del Adicto al Amor (estudio 1) se procedió a:

1. Buscar literatura que aportara la mejor aproximación a la definición conceptual de cada variable identificada.
2. Buscar medidas psicológicas sobre las variables de: Sensación de urgencia, Obsesión- Compulsión, Afrontamiento inadaptativo, Obsesión-No regulación- Impulsividad, Bajo auto-control Intolerancia a estímulos displacenteros, Dependencia, Locus de control, Co-dependencia, Vulnerabilidad, Desesperanza, Tolerancia, Depresión, Enojo, Ansiedad, Vergüenza y Auto-destrucción.
3. Realizar bancos de reactivos con base en las definiciones conceptuales para cada variable considerando un formato de respuesta unificado de Likert.
4. Adaptar las medidas -o en su defecto reactivos- al contexto de la Adicción al Amor.
5. Realizar análisis por jueces que evaluaron correspondencia entre definiciones conceptuales y operacionalización (escala) de todos los rasgos (o variables). Una vez que se tenían los rasgos de personalidad se hizo necesario hacer una división en áreas ya que ello hacía que existiera una mayor comprensión, por ello jueces expertos evaluaron la pertinencia del agrupamiento, después de algunas





correcciones los rasgos se agruparon en cuatro áreas conformadas de la siguiente manera (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Agrupamiento de rasgos de personalidad por áreas

Área	Rasgos
Impulsividad	Sensación de urgencia, Obsesión-Compulsión, Afrontamiento inadaptativo, No regulación- Impulsividad-Bajo auto-control, Intolerancia a estímulos displacenteros
Cognición Dependencia	Dependencia, Locus de control, Co-dependencia, Vulnerabilidad, Desesperanza, Tolerancia
Emociones Negativas	Depresión, Enojo, Ansiedad, Vergüenza, Auto-destrucción
Auto-Evaluación Negativa	Auto-estima, Auto-engaño, Confianza-Inseguridad, Soledad-Vacío existencial

6. Re-ajustar operacionalizaciones a definiciones conceptuales.
7. Aplicar las escalas a la muestra señalada (ANEXO II)

La escala de **Afrontamiento**, mide aquellos comportamientos no adaptativos para el individuo que están guiados a producirse daño, se incurre en conductas riesgosas, se ignora o se concentra la atención en aspectos dolorosos, y se piensa en el suicidio. Se compuso por 18 reactivos, de los cuales permanecieron 14, que obtuvieron un alfa total de .86. El análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal arrojó dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaron el 45.41% de la varianza (Ver Tabla 11).



Tabla 11. Factorial de la escala de Afrontamiento Inadaptativo

Rumiación	$\alpha = .85$
Empleo mucho tiempo pensando en problemas pasados	.815
Empleo mucho tiempo pensando en sufrimientos pasados	.778
Me pone preocupado (a) o ansioso (a) sobre posibles errores o problemas pasados	.765
Le doy vuelta y vuelta a mi sufrimiento	.732
Vivo una vida incompleta	.634
Me aílo para evitar posibles sufrimientos	.605
Tomo mis sentimientos dolorosos para desquitarse de otros	.426
Media 1.70 DE= .70	
Violencia auto-dirigida	$\alpha = .78$
Uso el alcohol para paralizarme o adormecerme	.742
Me involucro en conductas peligrosas como cortarme, jalarme el cabello o auto-mutilarme	.688
He intentado suicidarme	.665
He intentado actividades que podrían ser fatales	.654
Me involucro en actividades sexuales inseguras, como sexo no protegido o sexo con extraños	.622
Uso sustancias para paralizarme o adormecerme	.601
Vomito lo que como	.498
Media 1.23 DE= .45	

La escala de **Ansiedad** operacionaliza a la emoción negativa, perturbación provocada por las presiones de la vida diaria, como una disposición a responder a la tensión psicológica con niveles distintos de intensidad, de tal manera que esta es vista como un estado emocional en el que se experimenta una sensación de inquietud y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente, que se puede vivir a cualquier





edad, en especial se vive en tensión constante (familiar o laboral), donde no se vive o disfruta el presente, por preocuparse por el futuro (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975).

Se calcularon los coeficientes de la escala encontrándose que la escala de Rasgo tenía una confiabilidad de .65 y la Estado de .60.

Se construyeron 12 reactivos más de los cuales quedaron 9, con un alfa total de .68; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaron el 45.71% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Factorial de la escala de Ansiedad

Incertidumbre	$\alpha = .81$
Suelo preocuparme mucho por las cosas	.816
Tengo miedo de lo que pueda pasar	.736
A menudo me preocupo (a) por cosas poco importantes	.728
Me molestan las ideas poco importantes que pasan por mi mente	.523
Soy una persona muy aprehensiva	.453
Media 2.60 DE= .78	
Calma	$\alpha = .60$
Soy una persona que no se deja incomodar por lo que pasa	.718
Cuando estoy bajo presión mantengo la calma	.664
Los eventos difíciles no me molestan	.651
La mayor parte del tiempo estoy muy relajado (a)	.515
Media 3.19 DE= .74	





La escala de **Conducta Auto-Destructiva** mide el comportamiento dirigido a dañar, arruinar o devastarse a uno mismo, que se genera en forma indirecta, lo que indica que dicha conducta busca maltratarse a sí mismo pero esto no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye errores relativamente insignificantes, auto-castigo y pequeños riesgos que sumados aumentan la posibilidad de lesiones serias y la muerte (Litman, 1983). La escala estaba compuesta originalmente por 14 reactivos, sin embargo, uno de ellos no se mantuvo en los análisis, por lo que quedó conformada por 13 reactivos con un alfa total de .76; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de tres factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 53.19% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Factorial de la escala de Conducta Auto-destructiva

Ventajas del Morir	$\alpha = .76$
La muerte es una solución para mis problemas	.876
El suicidio pondrá fin a mis problemas	.849
A veces pienso en morirme	.642
Me gustaría dormirme y no despertar ante tantos problemas	.611
Me auto- castigo haciéndome heridas en la piel	.604
Media 1.36 DE= .60	
Gusto por el riesgo	$\alpha = .64$
Sin darme cuenta tomo riesgos frecuentemente	.813
Suelo realizar conductas que me ponen en riesgo	.755
En general hago cosas que me lastiman	.487
Si algo malo me sucediera por mis conductas riesgosas, no estaría mal	.476
Media 1.80 DE= .73	





Intensidad Emocional	$\alpha = .60$
Hay que vivir emociones intensamente	.814
Entre más aventura implique algo, más me gusta	.757
Los extremos en todo son buenos	.452
Media 2.67 DE= .87	

La escala de **Auto-engaño**, mide el desconocimiento voluntario, la disposición a ignorar lo inconveniente, ganas de pasar por alto lo indeseable, voluntad de rechazar lo sabido (Elster, 2002). Su función principal es poder engañar más fácilmente a otros, ya que creyéndose las propias mentiras es más fácil convencer a los demás (Trivers, 2002). La escala estaba compuesta originalmente por 12 reactivos, pero finalmente, quedó conformada por 9 reactivos con un alfa total de .66; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, se observó la presencia de un factor con valor propio mayor a 1 que explica el 39.55% de la varianza (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Factorial de la escala de Auto-engaño

	$\alpha = .66$
Acepto que si no me gusta lo que me dicen, aunque sea verdad lo ignoro	.657
Es más fácil creerme lo que pienso que reconocer que estoy equivocado	.651
Suelo ignorar lo que no me conviene	.595
Casi nunca reconozco mis errores	.568
Miento para ocultar cosas que no me gustan de mí	.496
Es mejor no reconocer los propios errores	.476
No me gusta reconocer que hago cosas que me convienen	.447
Siempre me hago a la idea de que mis decisiones están	.408





correctas	
Si algo no me gusta lo ignoro	.657
Media 2.37 DE= .58	

La escala de **Auto-estima**, evalúa los sentimientos que tiene una persona acerca de sí misma. Esta evaluación expresa una actitud de aprobación ó rechazo e indica hasta qué punto una persona se ve capaz, se considera importante y afortunada. Es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona mantiene respecto a ella misma. Si una persona hace una evaluación positiva de sí misma, su auto-estima es buena; pero si su evaluación es negativa, su auto-estima es baja (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1965). La escala estaba compuesta originalmente por 14 reactivos, pero 12 fueron los reactivos que discriminaron y que poseen un alfa total de .88; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 54.17% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Factorial de la escala de Auto-estima

Alta	$\alpha = .82$
Sé que soy una persona sumamente capaz	.792
Soy una persona valiosa	.770
Soy una persona que tiene mucho de que enorgullecerse	.760
Me gusta mucho como soy	.665
Me siento muy útil en la vida	.626
Me considero una persona agradable a otras	.562
Media 1.81 DE= .73	





Baja	$\alpha = .81$
Siempre he deseado ser otra persona	.782
No valgo la pena	.713
En realidad no me gusta mi forma de ser	.708
Siento que no soy tan bueno en lo que hago	.704
No me gusta como soy	.698
Soy una persona poco atractiva	.463
Media 4.01 DE= .74	

La escala de **Confianza**, mide tanto la capacidad como la intención de desenvolverse y tomar riesgos en cualquier ámbito de la vida, ya que se tiene la convicción que estos serán sorteados. La escala diseñada constaba de 22 reactivos, pero luego de los análisis quedó conformada por 16 reactivos con un alfa total de .80; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, se observó la presencia de un solo factor con valor propio mayor a 1 que explicaban el 49.90% de la varianza (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Factorial de la escala de Confianza

Desconfianza	$\alpha = .80$
Realizo las tareas muy fácilmente	-.877
Es fácil que confié en las personas	-.769
Las personas que están junto a mi, me tienen lástima	.740
Dudo constantemente de las decisiones que tomo	.711
No me importa comenzar conversaciones con extraños	-.703
Tardo mucho tiempo en decidir algún asunto	.687
Temo que le den a otra persona mi puesto, porque yo no soy lo suficientemente bueno	.663
El sentirme criticado es muy doloroso para mí	.662



Pienso que no tengo una plática interesante	.646
Las personas siempre me defraudan	.572
En mi trabajo (escuela) siempre pienso que lo hice mal	.496
Es muy importante para mí lo que los demás piensan sobre mi persona	.479
Prefiero no salir para no sentirme juzgado (a)	.469
Hago cualquier cosa por satisfacer a los demás para que me acepten	.467
Prefiero dejar que mis amigos decidan cuando salimos, porque yo me puedo equivocar	.436
El expresar mis ideas en público es un tortura	.411
Media 2.04 DE= .62	

La escala de **Dependencia**, va dirigida a evaluar la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra, en forma consistente en sus diferentes relaciones de pareja. No obstante, su carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; es decir, el dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente, de hecho, una de sus características es que no soportan la soledad (Castelló, 2000). Esta escala estaba compuesta inicialmente por 20 reactivos, de los cuales se conservaron 13 obteniendo un alfa total de la escala de .88. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 48.86% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon sus coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach y únicamente el primero de ellos mostró consistencia (Ver Tabla 17).





Tabla 17. Factorial de la escala de Dependencia

Sometimiento	$\alpha = .89$
Tener la compañía de mi pareja es fundamental para que yo haga mis cosas	.762
Me siento inseguro (a) si no tomo en cuenta la opinión de mi pareja	.731
Soy una persona que necesita la protección de su pareja	.711
En mi vida siempre busco a mi pareja para que me ayude a tomar decisiones	.707
No doy un solo paso si mi pareja no me da su apoyo	.694
Siempre busco a mi pareja para que me ayude	.683
Necesito de la aprobación de mi pareja	.681
Sin mi pareja, yo no tengo vida	.621
Soy fácilmente influenciado (a) por las ideas de mi pareja	.568
Necesito de mi pareja para ser alguien	.521
Me es más difícil hacer mis actividades si no recibo ayuda de mi pareja	.509
Media 1.90 DE= .69	

La escala de **Depresión**, estima al estado emocional de tristeza profunda que se da por un periodo de tiempo prolongado (Beck, Weissman, Lester & Trextler, 1974). Estaba compuesta originalmente por 24 reactivos, pero luego de algunos análisis, quedó conformada por 21 reactivos con un alfa total de .90. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de cuatro factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 50.08% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach por factor, sin embargo, únicamente tres de ellos fueron consistentes (Ver Tabla 18).



Tabla 18. Factorial de la escala de Depresión

Evaluación negativa	$\alpha = .84$
Creo que soy un fracasado (a)	.695
Pienso que todo lo malo que sucede es mi culpa	.692
Tengo una mala opinión de mí	.627
Estoy decepcionado (a) de mí mismo (a)	.610
En mi vida la culpa es constante	.607
Pienso que la mejor salida a mis problemas es el suicidio	.568
Me siento incómodo (a) conmigo	.508
No me gusta mi aspecto físico	.483
No encuentro placer al realizar mis actividades	.427
Media 1.96 DE= .55	
Fatiga e Irritabilidad	$\alpha = .77$
Me siento muy cansado como para hacer algo	.727
Últimamente me cuesta mucho trabajo emprender alguna actividad	.689
Últimamente estoy más irritable	.598
Considero que mi vida necesita de dirección	.523
Creo que mi salud está deteriorándose	.480
Sin ningún motivo lloro	.462
Me es muy difícil tomar decisiones como antes	.444
Media 2.12 DE= .73	
Desinterés	$\alpha = .60$
He perdido el interés en el sexo	.761
Me siento aburrido e insatisfecho por todo	.517
Los demás me han dejado de interesar	.497
Media 1.81 DE= .73	





La escala de **Desesperanza**, mide cuando una persona siente que no puede hacer algo efectivo para afectar los eventos futuros, la persona puede sentirse impotente, deprimida y desalentada. Asimismo, evalúa la auto-percepción de ser incapaz de controlar los eventos o solucionar problemas, por lo que el individuo sufre de depresión (Seligman, 1975). Esta escala se componía de 20 reactivos, pero posterior a los análisis de validación, quedó conformada por 17 con un alfa total de .81. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 45.65% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach por factor, sin embargo, únicamente el primero obtuvo un coeficiente aceptable (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Factorial de la escala de Desesperanza

	$\alpha = .85$
Para qué esforzarme en conseguir algo, si nunca lo logro	.736
Por más que intento conseguir las cosas nunca logro conseguirlas	.715
Se me hace tonto intentar las cosas porque nunca las consigo	.710
Creo que mi futuro será oscuro	.707
Sé que lo que me espera más adelante es más desagradable que agradable	.683
Espero obtener lo que quiero realmente, pues nunca lo obtengo	.682
Como ahora no puedo superar mis problemas, creo que nunca lo lograré	.642
Sé que el futuro no mejorará	.636
Para mí el futuro parece vago e incierto	.631
Considero que es poco probable que me sienta satisfecho (a) en el futuro	.630
Creo que soy una persona que atrae desgracias a su vida	.614



Simplemente las cosas no se dan como yo lo deseo	.598
Me es muy difícil poder imaginar cómo será mi vida en cinco años	.576
Espero que pase lo peor	.551
Considero que mi futuro no es muy prometedor	.475
Media 1.94 DE= .57	

La escala de **Enojo**, mide el rasgo del enojo en el que la persona siente impotencia, coraje, desvalorización, mal humor, irritabilidad y odio; mientras que se piensa en cómo vengarse, en la traición, en la causa de la emoción, reflexionando para tratar de manejarla, controlarla e intentar resolver la situación o bien, simplemente bloquearse y no pensar nada como formas de evitación. Sus conductas más comunes son gritar, golpear, ser agresivo, insultar, estallar, reaccionar, discutir, lanzar objetos, pelear, aunque también se encuentra buscar calma, aislarse y guardar silencio (Costa & McCrae, 1992; Sánchez Aragón & Sánchez Ruiz, 2008). La escala estaba compuesta originalmente por 19 reactivos, pero luego quedó conformada por 12 con un alfa total de .84. Después de someterla a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 47.01% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon sus coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Factorial de la escala de Enojo

Alteración	$\alpha = .81$
Tiendo a enojarme fácilmente	.748
Soy una persona enojona	.734
Todos consideran que tengo un carácter muy fuerte	.681
Soy una persona que se molesta fácilmente	.645
Si me enojo estallo inmediatamente	.560





Creo que las demás personas piensan que soy muy enojón	.549
Siento que -con el tiempo- me he vuelto muy irritable	.456
Media 2.72 DE= .86	
Irritación	
α= .64	
No hablo con la persona que me hizo enojar	.705
Me da coraje que las cosas no salgan como quiero	.582
Cuando estoy muy irritado (a) golpeo	.541
Me enfado constantemente en mi casa	.529
Estoy a la defensiva	.526
Media 2.48 DE= .76	

La escala de **Impulsividad** se deriva de la definición que indica que aquella, es una predisposición a reacciones rápidas no planificadas a estímulos externos o internos, sin consideración de las consecuencias negativas de esas reacciones para el individuo impulsivo y para los demás (Moller et al., 2001). Dicho instrumento, estaba compuesto por 23 reactivos, de los cuales se conservaron 11 obteniendo un alfa de la escala de .67. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 42.58% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Factorial de la escala de Impulsividad

Arrebato	
α= .72	
Hablo todo el tiempo, incluso si sé que no debo de hacerlo	.747
Usualmente hago conductas arrebatadas	.710
Siempre interrumpo las conversaciones	.696
Me cuesta trabajo mantenerme calmado (a) por mucho rato	.601





Nunca reflexiono antes de actuar	.570
Me es imposible aguardar mi turno para participar en una conversación	.525
Media 1.96 DE= .66	
Control	$\alpha = .63$
Mis emociones siempre están bajo control	.670
Aunque tenga muchas ganas de ver a mi pareja, logro controlar mis deseos	.642
No respondo rápidamente ante los estímulos	.635
Me cuesta trabajo reaccionar ante las situaciones	.631
No expreso todas las ideas que vienen a mi mente	.589
Media 3.28 DE= .69	

La escala de **Intolerancia a Estímulos Displacenteros**, es la medida encargada de operacionalizar la búsqueda incesante del placer (hedonismo) o en palabras de Troland (1932 citado en Petri & Govenger, 2006), el ser demasiado sensible a estímulos nociceptivos (estímulos que ocasionan sensaciones desagradables), por lo que tienden a huir de ellos. La Escala de Intolerancia a estímulos displacenteros, estaba compuesta por 10 reactivos, de los cuales se conservaron solo 6 obteniendo un alfa de la escala de .64. Después de someterla a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 54.20% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba, sin embargo ninguno fue consistente, por lo que no se incluye.

La escala de **Locus de control**, mide la expectativa generalizada acerca de si las respuestas influyen en la consecución de los resultados (éxitos, recompensas). Así una creencia de que los resultados de sus actos son contingentes con lo que se hace habla de





que las personas tienen orientación de control interna, mientras que si se piensa que son resultado de factores ambientales se dice que se tiene orientación de control externa. No obstante, investigadores posteriores han indicado que el locus de control puede variar según la situación (Rotter, 1966). La escala estaba compuesta originalmente por 16 reactivos, y finalmente quedó conformada por 10 reactivos con un alfa total de .69. Luego de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 46.22% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba, sin embargo, únicamente el primero fue consistente (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Factorial de la escala de Locus de Control

Externo	$\alpha = .72$
El destino decide lo que me va a pasar	.811
El éxito o fracaso en mis relaciones depende de la suerte	.746
Solo el destino decide quién es o va a ser mi pareja	.683
Tener una pareja es cosa de suerte	.598
Mis fracasos con mi pareja son un castigo de Dios	.586
Suelo confiar en el destino	.498
Yo no puedo controlar la que me sucede	.426
Media 1.81 DE= .63	

La escala de **Obsesión-Compulsión**, mide los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Además estos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre la vida real, las personas suelen intentar ignorar o suprimir estos estímulos, o bien neutralizarlos mediante otros pensamientos o comportamientos de carácter repetitivo,





que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar (DSM-IV, 2004). Dicha escala se diseñó con 33 reactivos, no obstante, posterior a los análisis se conservaron 23 obteniendo un alfa de la escala de .94; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de tres factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 54.09% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Factorial de la escala de Obsesión-Compulsión

Obsesión	α= .90
La mayor parte de mis pensamientos en el día son sobre mi pareja	.766
Aunque no lo desee vienen a mí pensamientos continuos sobre mi pareja	.750
Las imágenes y pensamientos sobre mi pareja están todo el tiempo en mi cabeza	.705
No puedo dejar de imaginar a mi pareja	.692
Me asaltan continuamente pensamientos sobre mi pareja	.690
A veces no puedo hacer mi vida normal por estar pensando en mi pareja	.551
No puedo pensar en otra cosa que no sea mi pareja	.496
Los pensamientos hacia mi pareja me crean ansiedad continua	.469
Media 1.79 DE= .77	
Compulsión	α= .90
Si no paso al menos 12 horas del día con mi pareja me siento muy mal	.731
Me siento terrible si no me dedica a mi pareja	.665
Me siento estresado (a) si puedo hacer algo que tenga que ver con mi pareja	.578
Cuando no veo o hablo con mi pareja me siento inquieto (a) o nervioso (a)	.541





Me intranquiliza querer acercarme a mi pareja y no poder hacerlo	.490
Necesito llamarle con mucha frecuencia a mi pareja para estar tranquilo (a)	.484
Si no veo a mi pareja un día me siento muy mal	.483
Me pongo ansioso (a) si no hablo con mi pareja	.458
Cada día necesito pasar más tiempo con mi pareja	.421
Si mi pareja me cancela una cita me angustio de una manera extrema	.412
Media 1.60 DE= .65	
Interferencia	$\alpha = .68$
Me molesta pensar todo el tiempo en mi pareja	.741
Intento por todos los medios de sacar de mi mente a mi pareja	.710
Cuando intento realizar alguna actividad, los pensamientos sobre mi pareja me interrumpen	.482
He dejado de rendir en mis actividades como antes lo hacía, por solo pensar en mi pareja	.471
Media 1.50 DE= .64	

La escala de **Sensación de Urgencia**, evalúa la percepción de desorientación, desesperación, de sentirse perdido y con una necesidad apremiante de realizar una tarea determinada o estar con alguien en particular en el instante en que se presenta dicha sensación (Retana Franco, 2004). La escala se diseñó con 17 reactivos, quedando con 14 que en conjunto tienen un alfa de Cronbach de .93. Al realizarse el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se presentó un solo factor con valor propio mayor a 1 que explica el 53.08% de la varianza, en la siguiente tabla se presenta su confiabilidad (Ver Tabla 24).





Tabla 24. Factorial de la escala de Sensación de Urgencia

	$\alpha = .93$
Si no estoy con mi pareja me siento terrible	.795
Me desespera sentirme sin mi pareja	.795
Necesito de mi pareja para no sentirme angustiado (a)	.791
No sé qué hacer si mi pareja no está conmigo	.758
Me siento desorientado (a) sin mi pareja	.742
Si mi pareja NO está conmigo, estoy muy inquieto (a)	.739
Me da pánico si no estoy con mi pareja justo cuando lo deseo	.735
Mi felicidad depende de mi pareja	.734
No estar con mi pareja me hace sufrir tremendamente	.716
No sé a dónde ir si mi pareja está lejos de mí	.713
Me siento ansioso (a) cuando mi pareja no está conmigo	.710
El no estar con mi pareja me hace sentir miserable	.667
Si NO veo a mi pareja tengo trastornos del sueño	.659
Requiero de mi pareja para sentirme estimulado (a)	.623
Media 1.65 DE= .65	

La escala de **Soledad**, mide un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento, salud física y psicológica del individuo (Montero, 1999). La escala estaba compuesta originalmente por 18 reactivos, pero luego de varios análisis, quedó conformada por 15 reactivos con un alfa total de .88. Luego de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de tres factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 54.55% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 25).





Tabla 25. Factorial de la escala de Soledad

Desamparo	$\alpha = .81$
Me siento cansado (a) de luchar por la vida	.748
Me siento desamparado (a)	.730
Me siento como encerrado (a) en mí mismo	.708
Siento que mi vida carece de propósito	.643
Me siento solo (a)	.611
Me siento abandonado (a)	.590
Media 1.78 DE= .77	
Abandono de la pareja	$\alpha = .80$
Aunque esté junto a mí siento a mi pareja distante	.828
Me siento distante del cariño de mi pareja	.768
Mi pareja no me comprende	.715
Aunque tenga pareja me siento solo (a)	.566
Siento que mi pareja está conmigo sólo en apariencia	.441
Media 1.82 DE= .79	
Decepción Romántica	$\alpha = .64$
No me siento completamente aceptado (a) por mi pareja	.834
No me siento satisfecho (a) con mi vida sentimental	.786
Carezco de una pareja que le dé sentido a mi vida	.417
Media 3.09 DE= .64	

La escala de **Tolerancia**, evalúa la flexibilidad adaptativa de adecuarse al entorno, se conforma en una forma habitual de comportarse, se cambia rápidamente, se modifica la conducta y se responde a las condiciones cambiantes (Wolman, 1990). Esta medida compuesta originalmente por 26 reactivos, quedó conformada por 16 reactivos con un alfa total de .67. Luego de someterla a un análisis factorial de componentes principales





con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 49.00% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba, sin embargo, únicamente el primer factor fue consistente (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Factorial de la escala de Tolerancia

	$\alpha = .66$
Las personas me irritan fácilmente	.662
Creo que voy por la vida con resentimientos hacia quienes me hicieron daño	.647
No creo que los demás tengan buenas intenciones	.536
Hay situaciones que simplemente no tolero	.528
No puedo aceptar a alguien si es muy diferente a mí	.487
No tolero que alguien se equivoque	.483
En la vida existen jerarquías y no me gusta que se mezclen las personas	.474
A veces siento que mi vida está dirigida por otras personas	.430
Media 2.20 DE= .61	

La escala de **Vergüenza**, estima psicométricamente a una emoción intensa, una reacción afectiva inmediata que sigue de una exposición (y desaprobación) de algo significativamente inapropiado o percibido como un defecto personal. En la vergüenza las atribuciones negativas hacia el Yo (“soy una persona despreciable”, por ejemplo) son globalizadoras y muy durables (Garnica, 2006; Wells & Hansen 2003). La medida en cuestión estaba compuesta originalmente por 8 reactivos, pero luego de los análisis quedo conformada por 5 reactivos con un alfa total de .64. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la





presencia de un factor con valor propio mayor a 1 que explicaban el 41.56% de la varianza. En la tabla se presentan los reactivos (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Factorial de la escala de Vergüenza

	$\alpha = .64$
Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera	.717
Me apena no estar a la altura de las cosas	.694
Me gustaría tener muchos menos defectos	.675
Usualmente los demás me hacen notar que algo hice mal	.649
Me hace sentir muy mal cumplir con las expectativas de otros	.454
Media 2.48 DE= .76	

La escala de **Vulnerabilidad**, mide aquello relacionado a cuando un individuo puede fácilmente ser lastimado o herido en sus afectos debido a su debilidad, sensibilidad emocional o indefensión (Wolman, 1990). La escala estaba compuesta originalmente por 16 reactivos, pero luego de los análisis quedó conformada por 8 reactivos con un alfa total de .68. Después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de dos factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 45.68% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba, sin embargo, únicamente el primero fue consistente (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Factorial de la escala de Vulnerabilidad

	$\alpha = .72$
Prefiero estar solo (a) que con gente nueva	.771
No me gusta conversar con extraños	.697
No me llama la atención conocer a gente nueva	.650
Me siento nervioso (a) cuando tengo que estar con otras personas	.449





Media 2.89 DE= 1.03

A continuación se presentan dos escalas que se incluyeron como control, es decir con ellas se identificaria a la muestra que se catalogaría como adictos al amor, en la primera se presentan características extraídas de las definiciones de adicción al amor (Howard 2001; Melody & Wells, 1992; Peele & Brodsky, 1975/1991; Schaeffer, 2000) y la segunda parte es una viñeta creada en la misma tónica ya que el instrumento no se aplicó necesariamente a adictos al amor (Ver tablas 29 y 30).

Tabla 29. Escala extraída de las definiciones de Adicción al Amor¹

	Totalmente de acuerdo					5
	De acuerdo				4	
	Ni en desacuerdo ni en acuerdo			3		
	En desacuerdo		2			
	Totalmente en desacuerdo	1				
Cuando no tengo pareja me siento incompleto	1	2	3	4	5	
Soy una persona vacía cuando está sin pareja	1	2	3	4	5	
Por lo regular busco tener pareja para evitar el dolor	1	2	3	4	5	
Me es muy difícil terminar una relación de pareja	1	2	3	4	5	
Suelo obsesionarme con mis parejas	1	2	3	4	5	
Creo que me involucro en relaciones destructivas	1	2	3	4	5	
Sé que necesito de ayuda para alejarme de mi pareja	1	2	3	4	5	
Por más dolor que me cause no puedo dejar a mi pareja	1	2	3	4	5	
Mi pareja me ha amenazado con hacerse daño si la dejo	1	2	3	4	5	
Creo que soy una persona sumamente tolerante con mi pareja	1	2	3	4	5	
Mi pareja es lo más importante en mi vida	1	2	3	4	5	

¹ En la siguiente aplicación se utilizó esta medida para seleccionar a los adictos al amor, puntajes altos de la variable hacia que se seleccionará a la muestra





Me causa malestares físicos el no estar con mi pareja	1	2	3	4	5
Todo el tiempo tengo miedo de que mi pareja me deje	1	2	3	4	5
Si mi pareja me rechaza me muero	1	2	3	4	5
He amenazado con hacerme daño si mi pareja me deja	1	2	3	4	5
Siento que mi pareja me chantajea	1	2	3	4	5
Mi pareja me intimida para que haga lo desea	1	2	3	4	5
Los problemas en mi relación de pareja, casi siempre son mi culpa	1	2	3	4	5

Tabla 30. Viñeta a la que los participantes habían de responder para identificar su adicción o no

	Me describe totalmente				5
	Me describe mucho			4	
	Me describe más o menos		3		
	Me describe poco	2			
	No me describe nada				1
Hay personas que consideran que incompletos y que cuando encuentran una relación de pareja se convierte rápidamente en lo más importante en su vida, así que dejan de lado todas las actividades que no están relacionadas con ella es decir dejan escuela, amigos, familia; tienen mucho miedo de que las abandonen o las cambien por otra persona, por lo que intenta controlar su relación, utilizando amenazas y manipulaciones para crear culpa y así evitar que los abandonen.	1	2	3	4	5





Una vez obtenidas las escalas y con el propósito de identificar la existencia de comportamientos similares en ciertas variables que dieran fe de la obtención de perfiles de personalidad en adictos, se procedió a realizar un análisis de componentes principales con rotación ortogonal de segundo orden, el cual arrojó 4 factores que explican el 68.87% de la varianza.

Estos resultados indican la obtención de cuatro perfiles muy claros de cómo es que son las personas adictas al amor. Así el primer perfil se denominó **Depresivo**, ya que refiere una persona llena de desesperanza, desamparo, baja auto-estima, desconfianza en los otros, alta tolerancia, fatiga, un locus de control externo, desconfianza propia, altos sentimientos de vergüenza, abandono por su pareja, por lo que muestra desinterés y vulnerabilidad, enojo e incertidumbre. El segundo perfil fue nombrado **Obsesivo**, ya que refleja al amante compulsivo, obsesivo, ansioso cuyas obsesiones crean interferencia en su vida y con alta sensación de urgencia. El tercer perfil es llamado **Destructivo**, porque describe a una persona que realiza conductas de riesgo y violencia auto-dirigida, rumiante, que se auto-castiga, arrebatada e intensa emocionalmente. Por último el cuarto perfil designado **Resistente**, refiere a una persona que tiene una evaluación objetiva y positiva de sí mismo, que se mantienen serenos ante los problemas y embates del medio, con un control de sus conductas pero que se sienten insatisfechos con su relación romántica (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Análisis Factorial de Segundo Orden

DEPRESIVO			
	Carga Factorial		
DEPRESIÓN / EVALUACIÓN NEGATIVA	.87		
AUTO-ESTIMA BAJA	.87		
DESESPERANZA	.84		
ENOJO / IRRITACIÓN	.81		
DEPRESIÓN/ FATIGA	.81		





CONFIANZA/ DESCONFIANZA	.79		
VERGÜENZA	.79		
TOLERANCIA	.76		
SOLEDAD/ DESAMPARO	.74		
AUTO-ENGAÑO	.72		
DEPENDENCIA	.71		
VULNERABILIDAD	.70		
ENOJO / ALTERACIÓN	.68		
SOLEDAD/ ABANDONO DE LA PAREJA	.61		
ANSIEDAD/ INCERTIDUMBRE	.59		
LOCUS/ EXTERNO	.54		
DEPRESIÓN/ DESINTERÉS	.52		

OBSESIVO

O-C / COMPULSIÓN	.87		
O-C / OBSESIÓN	.84		
O-C / INTERFERENCIA	.70		
ANSIEDAD RASGO	.55		
SENSACIÓN DE URGENCIA	.48		

DESTRUCTIVO

AUTO-DESTRUCCIÓN / CONDUCTA DE RIESGO		.78	
IMPULSIVIDAD / ARREBATO		.75	
AFRONTAMIENTO INADAPTATIVO/ VIOLENCIA AUTO-DIRIGIDA		.69	
AFRONTAMIENTO INADAPTATIVO/ RUMIACIÓN		.62	
CONDUCTA AUTO-DESTRUCTIVA / CASTIGO		.58	
CONDUCTA AUTO-DESTRUCTIVA/ INTENSIDAD DE EMOCIONES		.45	
ANSIEDAD ESTADO		.43	



**RESISTENTE**

AUTO-ESTIMA ALTA				.78
ANSIEDAD/CALMA				.74
CONTROL				.60
SOLEDAD/ DECEPCIÓN ROMÁNTICA				.51

DISCUSIÓN

Las adicciones son un problema tan generalizado en nuestra sociedad actual que podemos considerarlo como una gran epidemia (pandemia). Tanto el aspecto social como el personal –al combinarse– generan una intensificación de la problemática adictiva, por lo que surge la pregunta: ¿por qué una persona consume drogas?, y hay otras preguntas relacionadas a ésta, como ¿por qué el individuo necesita algo o alguien para poder vivir (o sobrevivir)? Resulta difícil para el individuo estar bien a solas consigo mismo y tiene la tendencia a engancharse a un "objeto-consolador" externo. Asimismo, el adicto, necesita llenar –de diferentes modos– el vacío y carencia afectiva propia. Si un individuo necesita de una manera imperante cualquier "objeto-persona", significa que la vida se le hace insostenible y que necesita imperiosamente poseer "algo" para colmar su vacío/soledad y calmar su ansiedad. Actualmente no se ha logrado identificar las causas de las adicciones, pero se sabe que la etiología es compleja y multifactorial. En las investigaciones que se han realizado, se ha encontrado que una parte fundamental para que se generen las adicciones no es en sí la sustancia o la actividad, sino la personalidad de individuo; por lo que es uno de los aspectos que se ha usado en el planteamiento de teorías o modelos (Acker, 1993; Allport & Odbert, 1936; Cloninger, 2000; Eysenck, 1985). Cloninger defiende que lo que diferencia la personalidad de los individuos son los distintos sistemas adaptativos que participan en





la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de la información que reciben a partir de la experiencia (Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzell, 1994). Por lo que la combinación de determinados rasgos de personalidad hará que una persona sea mucho más propensa a una adicción, así resulta fundamental identificar y poder medir los rasgos que poseen las personas adictos al amor.

Cuando se poseía la información sobre cuáles eran los rasgos que tenían las personas adictas al amor en México, se procedió a identificar si estos rasgos concordaban o diferían con los reportados en diferentes adicciones ya fueran químicas o psicológicas (Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa, 2000; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; González-Ibáñez, Mora, Gutiérrez-Maldonado, Ariza & Lourido-Ferreira, 2005; Greenfield, 1999; Gwinnell, 1999; Howard, 2001; McElroy, Keck, Pope, Smith & Strakowski, 1994; Melody & Wells, 1997; Peele & Brodsky, 1975; Retana Franco & Sánchez Aragón, 2006; Sánchez Aragón 2007; Schaeffer, 2000; Sender, 1997; Váldez, 1997, etc.), encontrándose coincidencias importantes lo que demuestra que existen rasgos comunes en todas ellas (Cabal Bravo, 1989; Esbaugh, 1982; Fantin, 2006; Mesa & León-Fuentes, 1996). A pesar de que no existió consenso entre los autores en lo referente a los rasgos, se logró identificar al menos 19 rasgos de personalidad que tienen los adictos al amor (Retana Franco, en prensa), de los cuales se crearon, adaptaron y validaron en el contexto del amor adictivo resultando 18 instrumentos válidos y confiables que a continuación se definen, con sus factores correspondientes según sea el caso.

La escala de **Afrontamiento** se enfocó en la medición de las distintas maneras o estrategias que la persona utiliza, consciente y -muy a menudo- de forma inconsciente, para reducir, manejar y sobrevivir a las demandas internas y ambientales.

Resultaron dos factores el primero llamado **rumiación** definido como el pensamiento pasivo y repetitivo sobre el malestar anímico y tristeza que se esté experimentando, y sobre sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 2004), este factor está asociado con el esquema de negatividad de Young (1999) en donde los pensamientos son generalizados y permanentes en los aspectos negativos de la vida





(dolor, pérdida, desilusión, conflicto, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que podrían ir mal).

El siguiente factor **violencia auto-dirigida**, que se refiere a la utilización de conductas que tienen como fin hacerle daño al individuo. En la literatura sobre las adicciones, se encuentra que en el CIE-10 en los trastornos por abuso de sustancias una de las posibles consecuencias sería la violencia auto-dirigida y que la mayor representante de esta conducta sería el suicidio (Sauceda-García, Lara-Muñoz, Fócil-Márquez, 2006)

La escala de **Ansiedad**, evalúa -a la emoción negativa, provocada por las presiones de la vida diaria. Además de evaluarse la ansiedad con la escala rasgo-estado (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975) se construyeron reactivos que después de lo análisis estadísticos quedaron agrupados en dos factores el primero se refiere a la **incertidumbre** que se refiere a estado de duda en el que predomina la creencia de que no se sabe que pasara en el futuro. Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (1994) refieren que es un constructo relativamente amplio que representa reacciones conductuales, cognoscitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de la vida diaria. Las personas al vivir situaciones que les crean estrés o incertidumbre (engañar el hambre, como herramienta para relacionarse con otras personas, para buscar concentración en el trabajo, para aliviar el malestar de los síntomas de deprivación, etc.) se refugian en alguna adicción para poder sobrellevarlos (Otero & Ayesta, 2010).

Y la **calma** que habla de la tranquilidad o ausencia de nervios al actuar. Este factor estaría evidenciando una tendencia que tienen las personas resistentes a los embates del medio y sería contrario a la ansiedad. Quizá en las personas adictas es una característica que han desarrollado al estar bajo escrutinio su conducta y si ellos mantienen la calma no evidencian como se sienten y pueden obtener lo que desean de su entorno.

La escala de **conducta auto-destructiva** se orientó hacia la operacionalización de aquel comportamiento auto-destructivo indirecto donde el dañarse a sí mismo no es la meta principal, sino un efecto indeseado e incluye errores relativamente insignificantes, auto-castigo y pequeños riesgos. Se compone de tres factores: **ventajas del morir** que





refleja aquellos pensamientos y conductas que están orientados a evaluar de forma positiva el quitarse la vida. En este factor se hace evidente una combinación de dos esquemas de Young (1999): el de condena y el de vulnerabilidad al daño ya que las personas no son capaces de perdonarse sus propios errores, es decir son muy rígidos y consideran que se deben de ser castigados, y por otro lado tienen temor a las catástrofes ya sean médicas, emocionales o externas y por lo tanto, constantemente evalúan por una razón o por otra que la muerte es la mejor solución. Las personas que tienen este comportamiento es probable que se fijen en personas con las cuales generarán relaciones adictivas, esperarán que esa persona extraordinaria los rescate de las complicaciones de su vida, y quizá así sea en un principio, pero una vez que se ha gestado la adicción la pareja tenderá a alejarse, por lo que las personas pensarán en morir para dejar de sufrir en su relación amorosa y/o para llamar la atención, generar culpa y conseguir que no se les deje. Al respecto Melody y Wells (1997) indican que los adictos sienten que no tienen los recursos suficientes para mantener su relación y creen que la manera de hacerlo es haciendo sentir culpa al otro, intentan decir: *me mate por ti, porque no recibí suficiente amor*. Lo cual se ve apoyado por Ben-Ze'ev y Goussinsky (2008) quienes encuentran que los amantes rechazados se centran en sus propias emociones, sienten vergüenza y humillación, se sienten abandonados, perdidos y con intenciones de suicidio.

La variable **Gusto por el riesgo** se refiere a aquellas acciones que de manera consciente o inconsciente se realizan en las que se pone en peligro su integridad física. Cuando las personas viven en forma arriesgada, es decir, les gusta el peligro y aquellas actividades o conductas que van en contra de su integridad física, mental o emocional -e incluso que atentan contra su vida-; tienen mayor riesgo de sumergirse en una relación adictiva ya que percibirán a su pareja como un reto (hay que recordar que muchos de las personas adictas al amor se encuentran involucradas con personas que tienen otras muchas adicciones como son el alcohol o la cocaína, por mencionar algunos). Asimismo, al estar con una persona problemática el adicto se involucrará rápidamente y encontrará que quizá, la única manera para atraer de manera inmediata la atención de su pareja es involucrarse en otras situaciones peligrosas; lo cual se ve apoyado por lo planteado por





Litman (1983) cuando habla la de destrucción indirecta y señala que las personas adictas utilizan este tipo de destrucción para que su pareja este más al pendiente, los cuide y reciban muchas más atenciones, ya que es algo que se busca desesperadamente; y si algo les llegará a pasar, dichas conductas le servirán de chantaje con su pareja (Melody & Wells, 1992) pues al evidenciar que el otro que no lo está cuidando lo suficiente.

Por último la medida de **intensidad emocional** se refiere al rasgo que define a una persona que habla de vivir la vida de manera intensa y arriesgada, ya que si no es así se considera la existencia un desperdicio. Se encontró que las personas que viven su vida con espíritu aventurero, es decir, que piensan que se deben de vivir las cosas al tope y sin control, son definidas por Zuckerman (1979) como buscadoras sensaciones que tienen una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones, aunada a un gran deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias. Los datos mostraron que este rasgo, no correlacionó con la adicción al amor, lo cual lleva a pensar que las personas adictas viven sus vidas de una manera premeditada, no se dejan llevar por las emociones, ya que necesitan hacer las cosas para conseguir algo más con ello. El único momento en el que se ha encontrado que pierden el control de las emociones es cuando ven ciertas conductas de su pareja que les amenaza, p.e para alejarse de ellos (Ben-Ze'ev & Goussinsky, 2008).

La escala de **auto-engaño**, mide -la disposición a ignorar lo inconveniente, en donde su función es poder engañar a otros, ya que si estas personas se creen las propias mentiras, es más fácil convencer a los demás. Si las personas en su vida acostumbran ignorar ciertas cosas porque les resulta dañino reconocerlas, es factible que encuentren y se enganchen en una relación adictiva, ya que desde el primer momento se mentirán a sí mismo sobre lo que está pasando en la relación y maquillarán su realidad para vivir en un historia maravillosa, cubrirán los defectos de la otra persona y los justificarán ante los otros para poder permanecer en la relación. Esto, es congruente con lo encontrado por Sirvent (2007), quien menciona que el adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) sus comportamientos. Estas personas a base de repetir y sofisticar engaños, los interiorizan de forma que acaba





amalgamando realidad y ficción en un todo confuso guiado por la ley de “responder siempre lo que más convenga” sea o no verdad.

La escala de **auto-estima** evalúa qué tanto se valora la persona. Posee dos factores uno que revela una evaluación positiva del individuo sobre sí misma denominado **alta** donde las personas hacen una evaluación positiva de sí misma y su contraparte en la que se hace una evaluación negativa, llamado **baja**. Como menciona Coopersmith (1967) la auto-estima es el proceso por el cual uno se evalúa y este dependerá de lo que se pretende ser y alcanzar; y se va modificando a lo largo de la vida por influencia del medio social y cultural, dado que las personas se encuentran en un estado de permanente construcción y reconstrucción (Gergen, 1977 citado en Márquez, 2006). La auto-estima en algunas personas, dependerá básicamente de las reacciones de los demás, más que de las propias inclinaciones naturales, en detrimento de un sentido seguro y genuino de sí mismo (Young, 1999). Estas personas que depositan su auto-estima a partir de la evaluación que los otros hacen de él, serán más propensos a caer en relaciones adictivas, ya que al entrar en este tipo de relación su auto-estima se incrementará (al principio) al considerar que todo marcha de maravilla, pero después al no recibir la retroalimentación deseada su auto-estima caerá.

La escala de **confianza** mide la impresión que tiene la persona de sí misma en términos de su desenvolvimiento ante los problemas que se le presenten en la vida. Se obtuvieron dos factores uno de **desconfianza propia** que evalúa la falta de confianza en sí mismos que sería contrario a lo encontrado por Stankov y Crawford (1997) quienes encontraron un rasgo llamado “confianza en sí mismo” que establecía la confianza que se tienen en las propias capacidades.

Mientras que el otro factor denominado **desconfianza en otros** valora que no se tiene esperanza de que otras personas puedan ayudarle y por eso no se expone a situaciones sociales novedosas, lo cual iría de acuerdo con lo planteado por Young (1999) en sus esquemas de abandono y desconfianza, el primero al mencionar que las personas sienten que los otros que los rodean son inestables e indignos de confianza como para prodigarles apoyo y conexión como ellos lo requieren; y el segundo en el que se cree que





los otros solo se aprovecharán de ellos, los lastimarán y engañarán por lo tanto, no son dignos de confianza.

La escala de **dependencia**, estima la subordinación de una persona respecto de otra, de la que espera que cubra sus necesidades afectivas. Es una escala unifactorial en la que es claro que las personas dependientes se sienten sometidas a su pareja y constantemente acuden a ella para poder tomar decisiones en su vida. En esta escala se mezclan los dos tipos de dependencia que Heathers (1955) distingue: la instrumental y la emocional. La primera se caracteriza por falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social por sensación de indefensión; dada por una escasa capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades y desenvolverse con eficacia. La segunda tendría un sustrato puramente en su fundamento de la necesidad de otro. También se puede ver reflejada la dependencia en el esquema de enganchamiento emocional (Young, 1999) en donde las personas tienen la creencia de que no podrán sobrevivir o ser felices, sin el apoyo constante de la otra persona y el esquema de dependencia/incompetencia (Young, 1999) donde se tiene la creencia de que la persona es incapaz de enfrentar las responsabilidades cotidianas de un modo competente, sin una cantidad considerable de ayuda externa.

La escala de **Depresión**, es definida como un estado emocional de tristeza profunda y por un periodo de tiempo prolongado. Compuesta de tres factores uno llamado **evaluación negativa** ya que se refiere a aspectos en donde se evalúa de manera poco positiva la persona. Este factor tendría que ver con la conceptualización que tiene Robbins (1993) en donde dice que la persona se sumerge en un mundo constante de auto-reproche, confusión y desesperación. Lo que en la mayoría de los casos repercutirá en la estima de las personas.

El segundo factor fue nombrado **fatiga e irritabilidad** ya que sus reactivos versan sobre una excesiva sensación de cansancio y, por otro lado, susceptibilidad ante los acontecimientos de la vida; este factor es congruente al menos en la primera parte con la definición de Yaryura y Neziroglu (1997) quienes dicen que la depresión se expresa por





un sentimiento de tristeza, sensación de desesperanza e inutilidad y ausencia de deseos e impulsos vitales. Los síntomas físicos se caracterizan por un malestar general, insomnio, sensación de cansancio y fatiga. Mientras que la segunda, muchas de las veces la razón principal por la que se comenzó a estar triste se ha perdido y las personas tienen periodos de agitación, inquietud e irritabilidad en sus vidas intentando explicarse el por qué están pasando por este estado.

Por último el rasgo de **desinterés** se define como la falta de apego e insatisfacción por lo que se hace. Este factor se ve apoyado por la definición de Calderón (1999) quien encuentra que las personas deprimidas tienen un profundo malestar y se inhiben las respuestas habituales del individuo hacia su ambiente natural.

Con la depresión se pierden deseos y pasiones. Existe la falta de “obsesión” propia de proyectos productivos que derivan en acción y generan valor, particularmente en términos simbólicos. Esto es suplantado en la adicción por la compulsión al consumo. Habiendo además un imperante componente fisiológico, ambos procesos se hacen mutuamente complementarios y auto-perpetuantes, así la adicción se pone en acción, incluso solamente por la necesidad, de buscar y obtener otra dosis y consumirla (Montaño Fraire, 2007)

La escala de **desesperanza**, evalúa el sentimiento de desvalidez ante los acontecimientos futuros, la persona se siente impotente, deprimida y desalentada. Se encuentra que en la desesperanza se tiene una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo, se considera que a la situación como perpetuada a través del tiempo (Villardón, 1993). La desesperanza concuerda con el esquema de negatividad/pesimismo (Young, 1999), en donde se tiene una concentración generalizada y permanente en los aspectos negativos de la vida y se minimizan o se ignoran los aspectos positivos u optimistas. El papel que juega la desesperanza en la adicción es determinante ya que esta característica de su personalidad lo hará sentirse poco motivados para intentar cambiar lo que están viviendo, ellos saben que no pueden cambiar lo que les pasa y considerarán que no siquiera vale la pena intentarlo.





La escala de **enojo** valora a la emoción en la que se siente impotencia, coraje, desvalorización, mal humor, irritabilidad y odio. Cuenta con dos factores: el primero **alteración** en el que los reactivos hacen referencia a la perturbación o trastorno que las personas sienten cuando alguien los disgusta. El segundo **irritación** que es cuando se provoca la emoción de una manera muy intensa, y se demuestran conductas como golpear e ignorar a quien lo provocó. Estos dos factores concuerdan con lo planteado por Spielberger (1988) en donde separa al enojo en dos componentes: la experiencia subjetiva del enojo y la expresión del enojo. La experiencia subjetiva del enojo tiene a su vez al: enojo estado y enojo rasgo; siendo el primero un estado emocional marcado por sentimientos de naturaleza subjetiva, de intensidad variable que van de una leve molestia o irritación a la intensa furia e ira; generalmente está acompañado por tensión muscular y excitación del sistema nervioso autónomo. En cuanto al segundo éste es definido como una disposición a percibir un amplio rango de situaciones como frustrantes o molestas, así como una tendencia a responder a tales situaciones con elevaciones más frecuentes que el primero. En este caso el enojo estado equivaldría a la irritación con algunos componentes de la expresión del enojo; mientras que la el enojo rasgo estaría estrechamente relacionado con la alteración. Estos factores también tendrían que ver con el esquema de condena de Young (1999) en donde las personas tienen una tendencia al mal carácter, son intolerantes, punitivos e impacientes con aquellas personas (incluyendo uno mismo) que no comparten los propios estándares o expectativas.

La escala de **impulsividad**, -mide cómo es que las personas se dejan llevar por sus emociones o impulsos sin pensar en las consecuencias de sus actos. Se dividió en dos factores: el primero que fue nombrado **arrebato** ya que los reactivos versan sobre la manifestación violenta y repentina de los sentimientos de las personas.

Este primer factor es congruente con la literatura sobre la variable al denominarla como una con tendencia a responder rápidamente y de manera no planificada a estímulos internos o externos sin consideración de las consecuencias negativas hacia sí mismo o los demás (Barrat & Patton, 1983; Buss & Plomin, 1975; Moller et al., 2001; Prior





& Sanson, 1986). Y el segundo, llamado **control** ya que aquí se evalúa que las personas puedan mantener control de sus emociones en cualquier situación que se les presente. Aquí, se estaría evaluando a las personas que no están actuando de manera impulsiva es decir las personas son capaces de reflexión y demorar la gratificación que pudieran obtener.

En los esquemas de Young (1999) la impulsividad es equiparada al auto-control/auto-disciplina insuficientes en donde se hace evidente dificultad generalizada a ejercer un auto-control y se realiza una expresión excesiva de las emociones y los impulsos. Dalley et al. (2007) concluyen que las personas impulsivas son más propensas a desarrollar adicciones, los investigadores afirman que es posible predecir la vulnerabilidad adictiva de una persona impulsiva, lo que explica los trastornos emocionales relacionados a las adicciones.

La escala de **locus de control externo**, evalúa las creencias de que los resultados de las conductas es decir los éxitos o fracasos se deben a algo que esta fuera del individuo. Esta escala concuerda con lo que menciona Márquez (2001) que el locus de control, es la creencia que la persona tiene acerca de cómo y dónde se originan los eventos agradables o desagradables, y si un individuo cree que tiene poco control respecto de las retribuciones y sanciones que recibe, no encontrará razón suficiente para modificar su comportamiento, dado que no considera poder influir en la posibilidad de que tales eventos se presenten. Se reportan como factores de riesgo significativos para el consumo de sustancias: la proximidad de otras personas con prestigio social que consumen drogas (modelado o aprendizaje observacional), presión de grupo, locus of control externo y falta de asertividad (Esbensen, & Elliot, 1994).

La escala de **obsesión-compulsión**, mide los pensamientos recurrentes que se experimentan cuando se desea algo y no se tiene y causan ansiedad, estos pensamientos son tan intensos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta repetitiva y estricta en su proceder para poder aliviarlo. Se compone de tres factores: el primero llamado **obsesión**, que evalúa los pensamientos recurrentes, el segundo **compulsión** donde se valoran las conductas, y un tercero llamado **interferencia**, que son aquellas





alteraciones que no le permiten al individuo tener un desarrollo normal, porque se interfieren pensamientos que son vistos como un obstáculo.

Esta escala refleja claramente la sintomatología del DSM-IV-TR (2004) donde se menciona que la obsesión y la compulsión son rasgos complementarios. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusitos y sin sentido. La persona intenta ya sea ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos, neutralizándolos con cualquier otro pensamiento o acción. Mientras que las compulsiones se definen como conductas intencionadas, repetitivas y con una finalidad, que se llevan a cabo en respuesta a una obsesión. La conducta está dirigida a neutralizar o prevenir el malestar o algún suceso o situación temida, sin embargo la actividad no está conectada de manera realista con lo que se pretende neutralizar. El factor de interferencia por su parte es una evaluación global de estas interrupciones en la vida de la persona.

La escala de **sensación de urgencia**, mide las sensaciones de desconcierto, y desesperación al no poder tener libre acceso a alguien en el preciso momento en que se desea. Lo cual se ve apoyado en las definiciones de Retana Franco (2004) y Ryckman et al., (2002) quienes refieren que algunas personas muestran mayor sensación de posesividad de su pareja romántica, desconfianza, deseo de control, estas características se relacionan con características de relaciones insanas; en algunas personas se generado entre ellos la sensación urgente de necesitarse mutuamente; pues el amor se halla ligado a la idealización de la pareja, y su unión (Munck, 1998).

La escala de **soledad**, valora la característica de pesar y tristeza estresante en el que la persona evalúa de manera real o imaginaria que no está acompañada de la manera en que lo quiere o necesita. Está compuesta de tres factores: el primero **desamparo** que mide el grado en que una persona siente que existe una falta de cuidado o protección que necesita una persona. El segundo, **abandono de la pareja** que valora el grado en que una persona siente que su pareja se ha alejado y lo ha descuidado, así como la percepción de sentirse solo aunque se tenga a alguien a lado. Y por último, **decepción romántica** en el que las personas juzgan como positivo y cercano el vínculo que se tiene





con su pareja. Los factores de la escala concuerdan con la investigación de Isidro et al. (1999) y de Weiss (1973) quienes consideran que el sentimiento de soledad se genera por carecer de una relación o por tener un desequilibrio en la percepción de que las relaciones establecidas no están abasteciendo de manera deseada los vínculos afectivos. El primer y segundo factor, se ven apoyados en el esquema abandono/inestabilidad (Young, 1999) en el que la persona tiene la sensación de que el otro significativo no podrán continuar proporcionado apoyo emocional, conexión, fortaleza o protección; este sentimiento inminente de abandono, genera un sentimiento de descuido y desatención. Mientras que el tercer factor, se ve apoyado en el esquema de desconfianza (Young, 1999) donde la persona tiene la creencia de que las personas lo utilizan y engañan, se siente por lo tanto insatisfacción con la relación actual, porque además de sentir esto se siente evaluado y no aceptado por la pareja; la persona no tiene control de la relación generándole sentimientos de vacío interno, aflicción (Mendoza González, 2000).

La escala de **tolerancia**, evalúa la capacidad que tiene la persona para resistir, modificar y aceptar cambiar por petición de otros. Es una característica difícil de medir ya que tienen que ver con la flexibilidad y la rigidez, la primera que se refiere a la capacidad de adaptarse a las necesidades del otro, y la segunda a asimilar la normatividad de la relación. Teniendo esto en cuenta, la tolerancia estaría estrechamente ligada a la flexibilidad que es la habilidad de cambiar rápidamente y modificar conducta para responder a condiciones cambiantes que exige la pareja (Wolman, 1990). La tolerancia se explicaría por medio del esquema de subyugación (Young, 1999) en el que la persona se siente obligado a modificarse para evitar reacciones de ira, revancha o abandono.

La escala de **vergüenza**, valora la desorientación que se siente ante cometer una falta o al hacer algo que se considera ridículo o humillante y que este aspecto sea considerado como un aspecto permanente, y por lo tanto, un defecto personal. Esta escala está relacionada con lo que Wells y Hansen (2003) refieren sobre la vergüenza en donde la emoción genera una reacción afectiva de una exposición (y desaprobación) de algo significativamente inapropiado o percibido como un defecto personal. Al respecto





Garnica (2006) menciona que se cree que se hay algo en el individuo está mal, que se es inferior, imperfecto, débil o sucio, en esta visión de sí mismo va acompañada de inhibición y del convencimiento de un fracaso importante, que con frecuencia, genera el deseo de ocultarse o de esconderse. También se ve apoyado por el esquema de defectuosidad/vergüenza (Young, 1999) en el que la persona siente que es defectuoso, malo, indeseado, inferior y que uno no sería digno de ser amado por los otros significativos, si fuera puesto al descubierto.

La escala de **vulnerabilidad**, mide la predisposición del individuo de ser lastimado o herido en sus afectos debido a su debilidad, sensibilidad emocional o desamparo. La escala concuerda con la definición de Wolman (1990) en el que una persona puede fácilmente ser lastimada en sus afectos debido a su debilidad. Los datos de Stith y Rosen (1992) nos dicen que esta condición se genera cuando las personas están expuestas a situaciones dolorosas o violentas y el individuo se protege y es cauteloso al relacionarse. Esta escala también se ve apoyada por el esquema de desconfianza/abuso (Young, 1999) quien dice que las personas con esta creencia piensan que los otros los lastimarán y se aprovecharan de ellos.

Es importante en este momento retomar la idea principal de Cabal Bravo (1989) y de Esbaugh (1982) quienes argumentan que las personas adicta no tienen un solo tipo de personalidad, sino que son rasgos comunes en ellos los que los hace más o menos propensos a ser adictos, así se encuentra que estos rasgos son los que le dirán al individuo como es que se tiene que relacionar con el mundo, como comportarse, como pensar y sentir de manera coherente (Caspi et al., 2005). Con esta idea en mente y una vez que se tuvo la posibilidad de evaluar las características de personalidad que los diferentes autores referían sobre los adictos al amor, se procedió a identificar lo que podrían ser los perfiles de los adictos al amor a partir de un análisis factorial de segundo orden. Se encontraron cuatro perfiles claros: aquel en el que la persona está cansada de estar esperando que sus relaciones lleguen sin que las busque, la persona ha perdido la esperanza, se siente abandonada, no se cree merecedora de que le pasen cosas buenas,





es débil y siente que las demás personas lo lastimarán (como en el pasado), es una persona que tolera las peores cosas, se siente cansada, tiende a culpar a todos los demás de lo que le pasa, no tiene confianza en sí mismo, siente vergüenza, cuando esta con su pareja se siente no atendida por su pareja, no tiene interés, es enojona y está en constante indecisión y vacilación de lo que será su vida. Este tipo de personas entran en sus relaciones -según lo refiere Fernández-Rius (2003)- con expectativas muy excesivas en donde se entra a la relación con demandas exageradas hacia el otro, que por lo general, provienen de la insatisfacción de necesidades y carencias propias de estadios tempranos del desarrollo que impidieron la madurez psicológica, en estos casos predominan las necesidades de uno solo de los miembros de la pareja, cuyas particularidades se asocian procesos auto-valorativos disfuncionales, como baja autoestima e inseguridad; buscan apoyo en el otro para compensar sus carencias, lo cual requiere de cambios en la persona con el fin de satisfacer las demandas que se le presentan.

En el segundo perfil se ve una persona que es presa de sus obsesiones y compulsiones, lo cual interfiere con su vida, esto le causa una gran incertidumbre y preocupación pero no solo en el momento, sino que todo el tiempo se siente preocupado y con ansia, lo que incrementa su sensación de urgencia, es decir cuando quiere una cosa no puede contenerse a buscarla. Esta agrupación de rasgos se ve apoyada por lo que refiere Howard (2001) quien dice que un adicto al amor presta demasiada atención al otro de manera obsesiva, sus expectativas con respecto al otro son irreales y se le idealiza. Buscan llenar ese hueco de la infancia y se aferran a un ser que consideran más poderoso que ellos, y del que finalmente dependen por terror a resultar abandonados por él. Al principio de la relación, los adictos al amor se sienten bien, admiran a su pareja, la idealizan y esperan ser rescatados por ella. A medida que los adictos al amor hacen esfuerzos cada vez mayores por manipular a la otra persona, de modo que sea el ideal que ellos esperan, experimentan repetidas decepciones porque nadie puede llegar a satisfacer esos deseos insaciables e irrefrenables. Entonces empiezan a sentirse mal en





la relación hasta que su dolor les hace darse cuenta de que son incapaces de vivir sin su pareja o con ella.

En el tercer perfil la persona está constantemente buscando emociones fuertes y conductas de riesgo, piensa una y otra vez sobre ellas y disfruta hacerlas nuevamente y cada vez más arriesgadas, busca maneras de castigarse, auto-lesionarse y es muy impulsivo en todas estas conductas. Este tipo de personas serían las que Zukerman (1979) define como los dependientes a las sensaciones, ellos deben de mantener un nivel elevado de activación cerebral, todas las cosas pueden ser buenas como estimulantes (deportes, internet, sexualidad, compras). Los que tienen un nivel elevado de sensaciones son amantes de las actividades arriesgadas y nuevas, estas personas están al acecho de las novedades con una amplia posibilidad de ponerse en peligro.

Por último, el cuarto perfil agrupa los rasgos que definen a las personas que se resisten a estar en una relación amorosa de este tipo, o quizá es que al percibir bienestar por llevar el mando en la relación, se les ve incrementada su auto-estima, no son impulsivas y mantienen la calma ante las cosas que pasan en su vida, sin embargo se sienten insatisfechos con su vida sentimental y consideran que su pareja no las acepta del todo. Este último perfil iría en contra de la literatura que refiere que las personas en relaciones adictivas e insatisfactorias tienen una auto-estima baja, sin embargo Fernández-Rius (2003) refiere que cuando las personas se encuentran en una relación dependiente pueden llegar a manifestar una auto-estima excesiva, que tiene su base inseguridad en sí mismo y esto se ve reflejado en comportamientos sobre-exigentes, demandantes, en donde no se considera al otro y nunca se logran satisfacer sus necesidades emocionales.

La pobreza o riqueza de la personalidad de las personas trae consigo una expresión reguladora de las capacidades que ha logrado desarrollar el sujeto a lo largo de su vida y en la cual aparecen de modo inter-correlacionado, las concepciones con respecto a las relaciones interpersonales, los procesos auto-valorativos y la personalidad como una integridad (Fernández-Rius, 2003).





En este punto, es posible apreciar en la personalidad como se entrelazan de modo sumamente complejo, los diferentes niveles que intervienen en la configuración del ser humano; lo biológico, psicológico, social y cultural como lo plantea Díaz-Loving (1999). Desde la cultura en un punto del desarrollo histórico universal y de una sociedad en particular; estos contenidos permean, son incorporados y estructurados lo que le brinda al individuo una expresión reguladora. Estos contenidos se articulan con otros que se derivan de un contexto social más restringido (familia, amigos, grupos) que logran influir las representaciones sociales más generales; engendrando a su vez aspectos dinámicos como los procesos auto-valorativos, necesidades de afecto, seguridad, auto-determinación o independencia, articulándose todo ello e impactando en la esfera de las relaciones de pareja.

Es importante, no perder de vista que una persona adicta al amor, quizá llegue a tener todas las características para serlo, pero no es sino hasta que encuentra a otro como él (su media naranja), cuando hace una simbiosis tan fuerte que es casi imposible romperla. Así como el ambiente ha moldeado su personalidad y la cultura le ha indicado de quien debe o no debe enamorarse, también en su largo proceso de aprendizaje (de la relaciones) ha aprendido que una de las cosas que mayor peso tienen en una relación, es el compromiso que genera con la otra persona, ya sea este implícito o explícito. Entonces es ahí donde surge la pregunta ¿qué características tiene este compromiso en las personas adictas?





ESTUDIO II

FASE 2



**SI USTED SE INTERESA,
CONSEGUIRÁ RESULTADOS.**

**SI SE INTERESA BASTANTE,
CONSEGUIRÁ RESULTADOS INCREÍBLES.**

JIM ROHN





MÉTODO

Fase 2

Diseño y Validación de una Escala de Compromiso para Adictos.

Objetivo

Construir y validar psicométricamente una Escala para medir el compromiso en personas adictas al amor.

Estrategia

Se realizó una búsqueda exhaustiva de definiciones de compromiso, se extrajeron aquellas que dieron la pauta al desarrollo de la escala, se generaron bancos de reactivos, se revisó el contenido y se dio formato a la escala para su aplicación y posteriormente realizar el procedimiento de validación (Reyes Lagunes & García y Barragán, 2008).

Variables

Variable Continua Adicción al Amor

Variable de Clasificación Sexo

Variables Interventora: Compromiso

Definición Conceptual

Compromiso: es la decisión que toma una pareja de formar un vínculo a largo plazo, donde hay disposición a lograr un acoplamiento, y donde se generará una evaluación de los costos que le producirá la relación y con base en ello se utilizarán estrategias para mantenerla, sin considerar relaciones alternativas que pueden romper el vínculo (Retana Franco, 2009).





Definición Operacional

El puntaje que los participantes obtengan en la escala de compromiso diseñada para el presente estudio.

Participantes

Población Hombres y Mujeres de la Ciudad de México

Muestra 469 personas 235 Hombres y 232 Mujeres de entre 18 y 59 años (M=25; DS=8) con escolaridad de primaria a posgrado con una moda de licenciatura.

Criterio de Inclusión

Que hubiera tenido una relación de pareja

Mayores de 18 años

Menores de 60 años

Criterios de Exclusión

Dependencia de sustancias psicoactivas, ya que se puede confundir con la adicción al amor

Presencia de alguna enfermedad, ya sea física o psicológica

Tipo de Estudio

Correlacional de Campo Transversal, correlacional porque permite identificar relaciones potenciales entre las variables, de campo porque se llevará a cabo en el medio natural del individuo y transversal porque la medición se practicó en una sola ocasión (Kerlinger & Lee, 2001).

Diseño

Ex post facto, ya que no se tuvo control sobre las variables independientes porque ya habían ocurrido los hechos y/o porque son intrínsecamente manipulables (Kerlinger & Lee, 2001).





Procedimiento de construcción para la escala

1. Se buscó en literatura las aproximaciones que aportaran elementos para una definición conceptual y operacional suficiente y exhaustiva de la variable.
2. Se buscaron medidas psicológicas sobre la variable.
3. Se realizaron bancos de reactivos con base en la definición conceptual considerando un formato de respuesta tipo Likert.
4. Se realizó un análisis por jueces para que se evaluara la correspondencia entre la definición conceptual y la operacionalización.
5. Se re-ajustó la operacionalización a la definición conceptual.

Instrumento

Escala de Compromiso en los Amantes quedó compuesta de 88 reactivos en formato tipo Likert de 5 opciones de respuesta.

Procedimiento

Se acudió a personas en la calle, en sus trabajos, en sus casas y oficinas. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre relaciones de pareja y se les pidió su cooperación, una vez que aceptaron participar se aplicó el instrumento garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.

Análisis Estadístico

Para la escala se utilizó el procedimiento de Reyes Lagunes y García y Barragán (2008) para obtener su validez y confiabilidad.





RESULTADOS

A partir de la tabla 5 en donde se presenta un análisis y comparación acerca de los diferentes componentes referidos en la literatura sobre la temática; se procedió a realizar un cotejo de estos aspectos con los reportados por los adictos al amor, reflejadas en sus auto-biografías aplicadas en el estudio 1 (es importante aclarar que el análisis se realizó solo enfocándose en la parte referente a la relación romántica). Esto, permitió evaluar si lo que la teoría dice sobre el compromiso es lo que las personas en una relación de este tipo está viviendo; y así se pudieran retomar para la construcción de un instrumento mucho más apegado a la experiencia subjetiva de la variable. En la Tabla 32, se presentan los resultados del análisis que permite observar cuáles eran las características en las que coinciden las definiciones del compromiso, encontrándose consenso en seis características que se mencionan a continuación:

En lo que se refiere a la **exclusividad** los autores que apoyan esta concepción son Leik y Leike (1977); Marston et al. (1998); Buss (1995); Sternberg (2000) y Sánchez Aragón (2000) que hablan de que las personas eligen estar solamente con una persona y pasar tiempo solo con ella.

Los autores que hablan de que el compromiso se basa en las **estrategias**, son Hinde (1997); Levinger y Pietromonaco (1989); Gray (1997) y Marston et al. (1998) y dicen que las personas en un compromiso dirigen su conducta hacia asegurar su relación y realizan conductas para ello.

En lo que se refiere al **acoplamiento**, Kelley (1983); Surra y Huston (1987); Levinger y Pietromonaco (1989); Díaz Loving (1996); Gray (1997); Buss (1995); Sternberg (2000) y Sánchez Aragón (2000) quienes mencionan este concepto se refiere a el grado en el cual una persona está dispuesta a ajustarse a algo o alguien y hacerse cargo de esto o de esta relación hasta el final.

Al hablar de la **temporalidad**, los autores que hablan de ella son Hinde (1997); Kelley (1983); Surra y Huston (1987); Tzeng (1992); Gray (1997); Sternberg (2000) y





Sánchez Aragón (2000) quienes se refieren a este como la decisión de formar una relación con la formación de un vínculo a largo plazo.

Así al referirse a los **costos**, el autor que habla de ello es Nock (1995) quien se refiere al reconocimiento de los significados de los costes que se tiene de la relación.

Por último en lo que se refiere a la **funcionalidad**, es Díaz Loving (1996) quien habla de ello y se refiere que en la relación de pareja el compromiso fue creado en base a la función que puede tener, ya que hoy en día este se establece en base al amor, y se puede cancelar si desaparece.

Tabla 32. Convergencia y Divergencias del Concepto de Compromiso

Participante	Exclusividad	Estrategias	Acoplamiento	Temporalidad	Costos	Funcionalidad	No compromiso	Participante	Exclusividad	Estrategias	Acoplamiento	Temporalidad	Costos	Funcionalidad	No compromiso
2	X		X	X				71	X			X	X		
3	X		X					74	X	X			X		
5		X			X			75	X		X	X			
6	X	X	X	X	X			77	X	X			X		
7		X		X				79	X			X	X		
8	X			X	X			80		X		X	X		
11	X	X		X	X			82	X		X	X	X		
12							X	84	X	X					
14	X	X			X			85	X	X	X		X		
16	X	X						86	X			X	X		
19							X	87	X			X			
20		X		X	X			88	X	X	X		X		
22	X	X						89		X	X	X			
25	X	X	X					90	X			X			





27	X			X			
28	X	X		X	X		
29	X	X	X	X			
30	X		X	X	X		
32	X	X			X		
35							X
37	X	X	X	X			
38	X		X	X	X		
40		X		X	X		
41	X		X				
43	X		X				
45		X		X			
49	X						
50		X		X			
51	X	X		X	X		
54		X	X	X			
56	X	X	X				
59	X			X	X		
60	X				X		
61	X	X					
62		X		X	X		
63	X			X	X		
65	X	X	X	X	X		
70							X

91		X	X	X			
92	X		X		X		
93	X	X	X	X	X		
94							X
96							X
98	X	X	X	X			
100		X	X	X	X		
105	X		X				
110		X	X				
114		X		X	X		
117	X	X	X		X		
119	X		X	X	X		
120		X			X		
122	X			X	X		
125	X	X		X	X		
130	X	X		X	X		
135	X	X	X	X	X		
140							X
141	X				X		
143	X	X	X				
146		X		X	X		
147	X		X	X			
150							X

Los resultados del análisis permiten ver que lo que las personas en este tipo de relaciones consideran como más importante (que es lo que más reflejan en sus historias). La **exclusividad** que obtuvo el mayor número de menciones (50), siguiéndole las





estrategias (42), la **temporalidad** (41) y los **costos** (39); para abrirse una considerable distancia con el **acoplamiento** (29) y la **funcionalidad** (0). Es importante resaltar que de las 75 personas que se evaluaron por pertenecer al grupo de adictos solo en 8 no se manifestó algo relativo al compromiso.

Con base en lo anterior, se procedió al diseño de un instrumento que fuera lo suficientemente sensible a la búsqueda de estos aspectos en los adictos al amor por lo que para cada una de las dimensiones antes encontrada se crearon los reactivos que a continuación se presentan:

Exclusividad

- Me siento bien con mi pareja porque sé que solo me quiere a mí
- Puedo planear cosas a futuro con mi pareja porque sé que es fiel
- Soy fiel a mi pareja porque estoy comprometido con ella
- Creo firmemente que la fidelidad es básica en mis relaciones amorosas
- Le digo a mi pareja que lo (a) amo en público
- Considero que si estás comprometido, no debes salir con alguien más
- La lealtad es compartir información privada solo con mi pareja
- Debido al compromiso entre nosotros no dejaría que alguien interfiera
- Soy responsable de lo que le pasa a mi pareja
- Mi pareja es responsable de mí
- Tengo un gran sentido de responsabilidad con mi pareja

Estrategias

- Hago cosas que fortalecen mi relación de pareja
- Realizo actividades con mi pareja para comprometernos más
- Le brindo obsequios a mi pareja para demostrar mi compromiso
- Considero que en mi relación son muy importantes las sorpresas/los detalles
- Mi pareja y yo compartimos una amplia gama de actividades
- Suelo conversar sobre mis sentimientos con mi pareja





- Me gusta que mi pareja me comente sus planes
- Me gusta compartir responsabilidades con mi pareja
- Cuando algo le pasa a mi pareja, rápidamente sé qué le pasa
- Le comparto a mi pareja lo que me sucede
- Doy consejos a mi pareja
- Mi pareja me da consejos
- La intimidad entre mi pareja y yo nos da solidez en la relación
- Prefiero pasar tiempo con mi pareja que con otras personas
- Continuamente intento animar y apoyar a mi pareja

Acoplamiento

- El compromiso entre nosotros se mantiene pues somos muy similares
- Como ambos resolvemos de la misma manera los problemas, eso hace que se afiance la relación
- Es bueno ser parecidos para tomar la decisión de comprometerse en una relación
- En el aspecto sexual nos complementamos de maravilla
- A ambos nos gusta experimentar las mismas sensaciones
- Mi pareja y yo tenemos las mismas ideas de cómo distribuir nuestras pertenencias
- Mi pareja y yo hemos intercambiado cosas que tienen un alto valor sentimental para ambos
- Mi pareja y yo pensamos similar en la forma de gastar nuestro dinero
- Cuando salimos, ambos cooperamos para los gastos que hacemos
- Considero que para sentirme comprometido es necesario que haya un ajuste a la pareja
- Para comprometerme en una relación, necesito sentir una conexión especial con mi pareja
- Para sentirme comprometido que mi pareja valore mis cualidades





- Para comprometerme con mi pareja, ella debe tener características parecidas a las mías
- Si mi pareja y yo pensamos igual, eso me dice que puedo comprometerme
- Cada vez que inicio una relación busco que mi pareja se comprometa tanto como yo
- Cuando establezco una relación romántica siempre busco un compromiso
- El compromiso en mis relaciones románticas me da seguridad
- Me siento seguro(a) cuando mi pareja se compromete conmigo
- Si mi pareja y yo tenemos las mismas metas me siento seguro para comprometerme

Temporalidad

- Creo que para sentirte comprometido tienes que tener cierto tiempo con tu pareja
- Un compromiso implica tiempo compartido
- Cuando una relación es corta, quiere decir que no hay un compromiso
- Creo que el tiempo sirve para construir el compromiso
- He pasado mucho tiempo con mi pareja y eso nos da solidez en la relación
- Planeo continuar con mi relación por mucho tiempo

Costos

- He invertido mucho en la relación, como para que acabe de un momento a otro
- He aportado mucho tiempo a la relación
- Cada vez que mi pareja me necesita estoy con ella
- Hago todo para recordar y pasar fechas importantes con mi pareja
- El compromiso es un trabajo de dos
- Si siento que mi pareja se compromete como yo, me comprometo totalmente
- Le he hecho muchos favores a mi pareja
- Cada vez que es necesario he tenido que apoyar en mi pareja aún en cosas que no me corresponden





- Cambié ciertos planes de vida para poder estar junto a mi pareja
- He trabajado duro tratando de solucionar los problemas que enfrentamos día con día
- He hecho ciertos sacrificios con tal de estar con mi pareja
- He soportado situaciones incómodas por mi pareja
- Aún en situaciones difíciles, me mantengo fiel a la relación
- El compromiso implica hacer sacrificios
- A veces me descubro abnegado (a) ante mi pareja

A continuación se presentan una serie de afirmaciones más, que fueron extraídas del instrumento de Avelarde Barrón (2001) que fueron consideradas adecuadas para medir el compromiso en un espectro más amplio:

- Me siento bien haciendo planes a futuro con mi pareja
- Nunca me separaré de mi pareja
- Me siento feliz con mi decisión de establecerme con mi pareja
- Lo nuestro durara toda la vida
- Decidí comprometerme por el amor que siento con mi pareja
- Nuestra decisión de permanecer juntos se basa en el respeto mutuo
- El cariño que siento por mi pareja me llevó a comprometerme
- Me siento bien con las obligaciones que adquiriré al comprometerme con mi pareja
- Quiero compartir todo con mi pareja
- Me siento más cerca de mi pareja desde que hicimos planes a futuro
- He decidido unirme a mi pareja para siempre
- Nuestra decisión de unirnos se basa en el amor
- Siento que ningún problema me separaría de mi pareja
- Estar con mi pareja todo el tiempo es lo que más deseo
- Mi pareja y yo decidimos permanecer juntos para siempre
- Me siento satisfecho desde que empecé hacer planes a futuro con mi pareja
- Siento que nuestra unión se basa en algo muy sólido



- El deseo de compartirlo todo con mi pareja siempre me unirá a ella
- Todo lo que deseo es estar con mi pareja
- Decidimos comprometernos mi pareja y yo para estar más unidos
- Mi pareja y yo voluntariamente decidimos estar juntos para siempre
- La unión que existe entre mi pareja y yo nos llevó a comprometernos

Así la escala quedó compuesta originalmente por 88 reactivos, de los cuales discriminaron 46 reactivos con un alfa total de .94; después de someterlo a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, se observó la presencia de seis factores con valor propio mayor a 1 que explicaban el 70% de la varianza. Ya que se disponía de los factores, se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach con el fin de conocer la estabilidad de esta prueba (Ver Tabla 33)

Tabla 33. Factorial de la escala de Compromiso

Intimidad y apoyo	$\alpha = .88$
Mi pareja y yo hemos intercambiado cosas que tienen un alto valor sentimental para ambos	.623
Mi pareja me da consejos	.621
Le comparto a mi pareja lo que me sucede	.618
Doy consejos a mi pareja	.598
Me gusta compartir responsabilidades con mi pareja	.578
Me gusta que mi pareja me comente sus planes	.556
Me siento bien con las obligaciones que adquirí al comprometerme con mi pareja	.538
Nuestra decisión de unirnos se basa en el amor	.520
La intimidad entre mi pareja y yo nos da solidez en la relación	.499
Suelo conversar sobre mis sentimientos con mi pareja	.482
Nuestra decisión de permanecer juntos se basa en el respeto	.482





mutuo	
Quiero compartir todo con mi pareja	.460
He trabajado duro tratando de solucionar los problemas que enfrentamos día con día	.455
Media 3.77 DE= .65	
Solidez	$\alpha = .85$
Mi pareja y yo compartimos una amplia gama de actividades	.628
Puedo planear cosas a futuro con mi pareja porque sé que es fiel	.610
En el aspecto sexual nos complementamos de maravilla	.573
Planeo continuar con mi relación por mucho tiempo	.510
He pasado mucho tiempo con mi pareja y eso nos da solidez en la relación	.510
El compromiso entre nosotros se mantiene pues somos muy similares	.510
Cada vez que mi pareja me necesita estoy con ella	.501
Hago cosas que fortalecen mi relación de pareja	.497
Me siento bien haciendo planes a futuro con mi pareja	.468
Me siento bien con mi pareja porque sé que solo me quiere a mí	.450
Soy fiel a mi pareja porque estoy comprometido con ella	.448
Siento que nuestra unión se basa en algo muy sólido	.415
Media 3.63 DE= .65	
Fidelidad	$\alpha = .76$
Decidí comprometerme por el amor que siento con mi pareja	.696
Considero que si estás comprometido, no debes salir con alguien más	.686
El cariño que siento por mi pareja me llevó a comprometerme	.529
Creo firmemente que la fidelidad es básica en mis relaciones amorosas	.513





El compromiso es un trabajo de dos	.456
Media 3.86 DE= .79	
Unión	$\alpha = .68$
Estar con mi pareja todo el tiempo es lo que más deseo	.652
Decidimos comprometernos mi pareja y yo para estar más unidos	.647
Soy responsable de lo que le pasa a mi pareja	.553
La unión que existe entre mi pareja y yo nos llevó a comprometernos	.484
Me siento seguro(a) cuando mi pareja se compromete conmigo	.422
Media 3.02 DE= .75	
Detalles y Mantenimiento	$\alpha = .75$
Hago todo para recordar y pasar fechas importantes con mi pareja	.663
Considero que en mi relación son muy importantes las sorpresas/los detalles	.637
Cada vez que es necesario he tenido que apoyar en mi pareja aún en cosas que no me corresponden	.580
Le digo a mi pareja que lo (a) amo en público	.565
Continuamente intento animar y apoyar a mi pareja	.560
Media 3.65 DE= .78	
Correspondencia	$\alpha = .61$
Para comprometerme en una relación, necesito sentir una conexión especial con mi pareja	.578
Para sentirme comprometido que mi pareja valore mis cualidades	.501
Creo que el tiempo sirve para construir el compromiso	.470
Si siento que mi pareja se compromete como yo, me comprometo	.466





totalmente	
Cuando una relación es corta, quiere decir que no hay un compromiso	.422
Un compromiso implica tiempo compartido	.403
Media 3.57 DE= .68	

Una vez que se tenía la escala, se observó la concordancia entre solidez y fidelidad por lo que se realizó una correlación producto momento de Pearson, dando un coeficiente de correlación de .60; por lo que se decidió hacer un solo factor denominado solidez y fidelidad con un alfa de .88 (M= 3.70 DE= .62).

Se realizó una prueba *t* de Student con el fin de evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre personas adictas y personas no adictas al amor, por lo que se trabajó con una muestra de 284 adultos de la ciudad de México de entre 18 a 50 años con una media de 25 (DS= 8), de los cuales 142 fueron clasificados** como adictos y 142 no adictos al amor, con escolaridades de primaria a posgrado con una moda de licenciatura.

En la tabla se puede observar que existen solo dos diferencias estadísticamente significativas, en unión y detalles/mantenimiento en donde la media de los adictos es superior. En los otros tres factores aunque no existen diferencias significativas se ve una tendencia que en el caso de la intimidad/apoyo y solidez/fidelidad son los no-adictos los que tienen una media ligeramente superior, mientras que en correspondencia una vez más son los adictos los que tienen la media más alta (Ver tabla 34).

** La clasificación fue en base al puntaje obtenido en la escala de Escala de Adicción al Amor



Tabla 34. Medias de adictos y no-adictos en los factores de compromiso

	Media		<i>t</i>	<i>P</i>
	No-Adictos	Adictos		
Unión	2.81	3.24	-4.224	.0001
Detalles / mantenimiento	3.47	3.69	-2.225	.027
Correspondencia	2.53	3.61	---	---
Intimidad / apoyo	3.81	3.72	---	---
Solidez / fidelidad	3.66	3.60	---	---

DISCUSIÓN

Una vez que se tenían estos perfiles todavía quedan interrogantes sobre ¿cómo es que otros aspectos como el compromiso pueden ayudar u obstruir la adicción al amor?

Goddard (2007) menciona que existen parejas que cuando se sienten comprometidos invierten en su matrimonio y es probable que disfruten de su relación ya que se pone mejor con el tiempo, pero existen parejas que desde el principio utilizan el compromiso para destruirse entre sí y estas relaciones deben de llegar a su fin. Wiley (2007) refiere que los integrantes de una relación sana deben de invertir y reforzarse ya que el compromiso puede ser considerado una habilidad que es aprendida, practicada y perfeccionada; al igual que la comunicación efectiva o como cualquier otro tipo de habilidad.

Fowers (2000) refiere que uno de los pre-requisitos para tener una relación sana es que las personas se comprometan y esperen obtener beneficios y para esto tienen que cuidar e invertir en la relación, lo cual hará que la relación se solidifique pero esto solo pasara si existe inversión de ambas partes, porque si solo uno está intentando mantener





la relación no será suficiente para enfrentar los desafíos inevitables por los que se pasarán.

Se encuentra que el compromiso tiene múltiples dimensiones y funciona de manera diferente en diferentes relaciones. Algunas personas entran y permanecen en su relación por una combinación de razones algunas de ellas por las muchas recompensas que les provee, por obligación, por necesidad, por los costos asociados a terminar la relación y encontrar cuales son las razones por las que las personas adictas permanecen en sus relaciones es determinante ya que al ser un constructo tan importante podría dar un indicio más de él porque este tipo relaciones no pueden terminar.

Se dice que las personas adictas entran en relaciones y se comprometen pensando sinceramente que el poder de su amor puede sanar cualquier problema de la pareja, pero la mayoría de las veces esto no sucede y en cambio se crean más problemas y se aumenta la distancia emocional. Se encontró que en las historias de los adictos existen al menos cinco de los componentes (exclusividad, estrategias, temporalidad, costos y acoplamiento) que la literatura menciona como importantes cuando se habla del compromiso, por lo que se diseñó y validó un instrumento resultando un instrumento de cinco factores que no implicaron claramente los componentes a partir de los cuales fueron desarrollados. El primer factor de **intimidad y apoyo** en el que cayeron reactivos que evalúan el grado de afinidad que tiene los miembros de la pareja, en donde se aceptan y valoran las obligaciones adquiridas con la relación para brindar soporte cuando es necesario, tendría que ver con el acoplamiento que es el ajuste que Marston et al. (1998), Sternberg (2000) y Sánchez Aragón (2000) refieren en sus definiciones de compromiso.

El segundo factor, **solidez y fidelidad** que se define como la decisión de permanecer con la pareja porque se tienen cosas en común, ya que se evalúa como importante el tiempo que se tiene juntos y se está planeando continuar con la relación, porque se confía en que el amor prevalecerá. Por otro lado se considera como fundamental la lealtad y el trabajo de ambos miembros para que la relación salga





adelante. Es una fusión de exclusividad (p.e Buss, 1995; Leik, R. & Leik, S., 1977; Sternberg, 2000) y temporalidad (p.e Hinde, 1997; Kelley, 1983; Surra & Huston, 1987).

El tercer factor **uni6n** que se refiere a la decisi6n que se toma para permanecer junto a la pareja ya que es lo que m1s se desea ser1a concordante con el factor de acoplamiento que como menciona Kelley (1983) el compromiso es el grado en el cual una persona est1 dispuesta a acoplarse a algo o alguien y hacerse cargo de esto o de esta relaci6n hasta el final o como describen Surra y Huston (1987) que el compromiso es la probabilidad de que una persona continuar1 adherida a una relaci6n, una vez que ha comenzado.

Detalles y Mantenimiento tiene que ver con las estrategias que las personas utilizan para incrementar el compromiso, y ayudar a construir una mejor relaci6n con la pareja es una conjunci6n de las estrategias y temporalidad; ya que si las personas hacen cosas para mantener su relaci6n, presumiblemente es porque quieren que contin1e como lo dice Tzeng (1992) que las personas realizan un intercambio de derechos y responsabilidades para poder construir el compromiso o como menciona Gray (1997) que la pareja crea recuerdos memorables que les permiten compartir las complejidades de vivir en pareja.

Correspondencia eval1a el sentimiento de reciprocidad y equilibrio como necesario para que los miembros de la pareja se sientan involucrados en la relaci6n; tienen que ver con el acoplamiento y la exclusividad en donde la pareja est1 dispuesta a solo tener esa pareja, la acepta y modifica su conducta para evitar conflictos y generar una relaci6n armoniosa (Leik, R. & Leik, S., 1977; Levinger & Pietromonaco, 1989).

Es importante mencionar que el hecho de que las personas adictas permanezcan en sus relaciones tendr1a que ver con tener pensamientos idealizados sobre el amor, en primer t1rmino se cree que "si hay amor no se necesita nada m1s", esta creencia considera que el amor rom1ntico basta para que una relaci6n funcione adecuadamente es como si el amor generara una especie de inmunidad contra las controversias y adem1s hiciera desaparecer los conflictos. En segundo t1rmino se cree que "el verdadero amor es incondicional" lo que equivale a decir: "hagas lo que hagas, te amar1 igual; sin





condiciones, en las buenas y en las malas, bajo cualquier circunstancia, en la infidelidad, en los golpes, en la explotación en el desamor, en el rechazo, en la burla y en la indiferencia. No importa lo que hagas, yo estaré allí, con mi amor fresco, activo y dispuesto, mi entrega es celestial e irrevocable". Y por ultimo creen que "el amor es eterno" no sólo funcionará en esta vida sino en las otras, existe pues una fusión perfecta, total e irremediable, almas gemelas que vagan por el cosmos hasta reencontrarse nuevamente para alcanzar el amor perfecto (Riso, 2006). Se puede ver que el compromiso que tienen los adictos es total, idealizado y enfermizo ya que ellos están aceptando de antemano negar su propia conciencia a reprimir el derecho de protesta y a perder de vista los límites que no se deben de traspasar.

Al comparar a los adictos y no-adictos en el compromiso los resultados demuestran que existen diferencias, aunque no todas ellas fueron significativas.

Se encuentra que existen diferencias significativas en el factor de Unión, donde los adictos se perciben como más fusionados en comparación a los no-adictos, ya que desean estar todo el tiempo con su pareja y que el compromiso que se tiene con ella los hace estar más identificados, así como que se sienten responsables de lo que les pase. Esto, tiene que ver con lo que menciona Howard (2001) que indica que las personas al tener un sentimiento de estar incompleto, vacío o perdido, cuando se encuentran a alguien que cubre rápidamente sus necesidades y expectativas las personas se sienten fusionadas así como se genera precipitadamente un necesidad imperiosa de conexión con la pareja. Mientras que los no adictos si perciben unidos pero en menor medida, ya para ellos su relación no es el centro de su vida, ellos están felices cuando permanecen con su pareja pero si llegan a no estar juntos su vida sigue de manera normal (Peele & Brodsky, 1975).

En el factor de Detalles y Mantenimiento igual que en caso anterior son los adictos los que perciben que poseen mayormente dicha característica, es decir, ellos recuerdan y pasan las fechas importantes con la pareja, tener atenciones para que la relación se sostenga así como brindarle el apoyo en los aspectos importantes de su vida.





Esto pasa porque como dicen Foward y Craig (2004), los adictos creen que esta es la única e insuperable persona mágica que puede satisfacer todas sus necesidades. Los adictos creen realmente que su “persona mágica” por si solo les puede brindar felicidad y satisfacción, solucionar todos sus problemas, hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida. Es importante resaltar, que en los no-adictos al amor, su media también se sitúa por encima del tres, lo que significa que en una relación sana es también importante brindar mantenimiento a la relación porque eso les ayudará a a sentirse bien en otras esferas de su vida

En el factor de Correspondencia (en donde se evalúa la conexión que se tiene con la pareja, así como que la pareja valore las cualidades del otro y utilice su tiempo para compartir), señala que en los AA esto se da en mayor medida, ya que al ser más dependientes del otro se busca pasar más tiempo juntos (Peele & Brodsky, 1975) este es un factor sumamente importante en su relación, ya que el sentirse aceptado y evaluado de forma positiva por la pareja, le hará sentir que su relación va bien y son felices con ello. Los adictos, basan su seguridad en la aceptación que tienen de la otra persona. El que en los no-adictos al amor, no sea tan importante la correspondencia, se explica por el hecho de que las personas están seguras de lo que tienen, ellos saben que existe una conexión con la otra persona y no necesitan que en cada momento se resalte este aspecto; las personas (en una relación sana) se sienten amadas y no necesitan de manera imperiosa que su pareja se lo demuestre (Peele & Brodsky, 1975).

En lo que se refiere a la Intimidad y Apoyo que tiene que ver con intercambiar objetos valiosos en la relación, dar consejos y compartir con la pareja las cosas que le pasan, son los no-adictos al amor lo que obtienen una media más alta es decir para ellos es importante que la otra persona le dé su opinión sobre sus problemas ya que la considera importante, pero sabe que con él o sin él resolverá sus problemas, así como que al intercambiar cosas esta simbolizando que el vínculo existe y no necesita a la pareja en cada momento para sentirse bien y tranquilo (Peele & Brodsky, 1975). Mientras que en los AA este aspecto también es importante, su manifestación obedece a





diferentes razones, para ellos la opinión de la pareja es la única y creen que si no la tienen no podrán resolver sus problemas, para ellos el intercambio de objetos es recordarle a la pareja que existen aunque ellos desearían compartir todo el tiempo con la pareja para sentir que si vínculo no se romperá y no serán abandonados (Peele & Brodsky, 1975).

Cuando se ve el factor de Solidez y Fidelidad que se refiere a tratar de compartir actividades, planear el futuro y pensar que la el ser fiel es un elemento esencial para confiar en el otro, pasó lo mismo que en el caso anterior, aunque los no-adictos al amor obtienen una media más alta, esto se debe a que el compartir cosas juntos les crea gran emoción, consideran que la otra persona es una ser completo con el cual podrían convivir a futuro y saben que aunque estén separados las cosas seguirán bien, porque existe una confianza total en la fidelidad, ya que se respetan los intereses y las relaciones personales nuevas que tiene la pareja porque se sabe que eso los hace felices y ello repercute en que en la relación se dé lo mejor. En lo que se refiere a los AA su media es muy cercana, en ellos este aspecto es importante porque las actividades les brindan pasar más tiempo juntos y evitar el dolor de la separación, el planear el futuro es un remedio sanador, ya que es imposible imaginar su vida sin su pareja en el futuro, ya que ésta es la fuente de todas su gratificaciones. El hecho de que la fidelidad sea tan importante es por el hecho desconfiar en la pareja y creer que será cambiado por alguien mejor y más interesante por lo que constantemente cela y le recuerda a la otra persona que existe y que le tiene que ser fiel como él lo está siendo (Peele & Brodsky, 1975).

Se puede concluir que aunque para ambos tipos de personas (AA y no-adictos) son importantes los componentes del compromiso, los adictos le dan particular énfasis a la unión, mantenimiento y la correspondencia ya que ellos desean a toda costa mantener su relación de pareja. Mientras que a los no-adictos les importa un poco más la intimidad y la solidez/fidelidad.

El hecho de que sean importantes unos u otros aspectos en las personas, es por su particular forma de ver la vida y sus relaciones amorosas, también es claro que quizá algunos aspectos son importantes en ambos pero serán por razones diametralmente





opuestas; es decir, para los no-adictos su visión respecto a la pareja es: “Yo soy una persona completa que tiene una relación, pero mi vida no se basa en ella”. Mientras que para los adictos la visión sobre sus relaciones es: “Yo me siento solo y triste, necesito alguien que me saque de este sufrimiento y me brinde felicidad, cuando la encuentre será mi vida”.

Una vez que se tenía un poco más de conocimiento de cuáles son las características a las que les dan más peso lo adictos, y que se conocía de manera general cómo es que funcionaba esta variable, quedaban aún preguntas por responder, ¿Cómo es que se relacionaba el apego y el compromiso en los adictos al amor? ¿Los factores del compromiso serían lo suficientemente poderosos para hacer que una persona se convierta en adicta al amor? ¿Es el apego determinante en los adictos al amor? Es claro que existen los perfiles pero ¿Cuáles rasgos de personalidad son los que tienen mayor peso en el individuo para orillarlos a caer en una adicción como ésta?



ESTUDIO III



**TODO GRAN AVANCE EN CIENCIA
ES RESULTADO DE UNA NUEVA AUDACIA DE LA IMAGINACIÓN.**

ANÓNIMO





MÉTODO

Propósito. Explorar la relación de las variables así como evaluar el perfil psicológico del adicto al amor

Objetivos

1. Explorar la relación de las variables: adicción al amor, personalidad, apego y compromiso.
2. Evaluar el perfil psicológico del adicto al amor.

Estrategia

Se aplicaron versiones cortas de todas las escalas diseñadas y aplicadas previamente que fueron validadas en los estudios anteriores y se exploró su “comportamiento” en la muestra en cuestión.

Variables

Variable Continua Adicción al Amor

Variable de Clasificación Sexo

Definición Conceptual

Adicción al Amor: es un trastorno que hace sentir a la persona como en un sueño en donde se intentan cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional, ya que el individuo se siente incompleto, vacío, desesperado, triste y perdido solo cree que este dolor se puede remediar a través de su conexión alguien fuera de sí mismo. Creen que su pareja es la única e insuperable persona mágica que puede satisfacer todas sus necesidades, les brinda felicidad y satisfacción, al solucionar todos sus problemas, al hacerlos sentir queridos, deseados, pero sobre todo más amados que nunca, por lo tanto dicha persona se convierte en una necesidad de vida, por lo que existe posesión, celos, rutina y enclaustramiento de la pareja. Existe en ellos una





angustia significativa con la búsqueda a pesar del conocimiento de efectos o consecuencias adversas al soportar increíbles cantidades de sufrimiento en las relaciones que establecen. Para estos amantes el renunciar a la relación nunca es una opción, ya que ellos están viviendo la relación que siempre desearon, crean expectativas muy fuertes que superan cualquier enfrentamiento con la realidad.

Sexo: define las características anatómicas y fisiológicas de un individuo, puede ser masculino o femenino (La Rosa, 1986).

Definición Operacional

Adicción al Amor: puntaje que el participante obtenga en la escala de adicción al amor (Retana Franco & Sánchez Aragón, 2008).

Sexo: respuesta obtenida mediante la ficha sociodemográfica del inventario, podrá ser: hombre o masculino y mujer o femenino, según respondan los participantes.

Participantes

Población: Hombres y Mujeres de la Ciudad de México.

Muestra: 216 personas residentes de la ciudad de México de los cuales 90 son hombres y 126 mujeres, con edades de entre 18 a 56 años ($M=25$; $DS=10$); con escolaridad de primaria a posgrado con una moda de licenciatura.

De esta muestra se extrajo una sub-muestra de 59 personas que fueron clasificados como adictos por medio de el puntaje obtenido en la escala de Adicción al Amor (Retana Franco & Sánchez Aragón, 2008) en donde se realizó una sumatoria de todos los reactivos de dicha escala para poder extraerle los cuartiles, así las personas que caían en el primer cuartil (-29) fueron tomados como no-adictos, mientras que los caían en el cuarto cuartil (+41) fueron catalogados como adictos.





Criterio de Inclusión

Que obtuvieran un puntaje de mínimo 41 puntos en la escala de Retana Franco y Sánchez Aragón (2008).

Mayores de 18 años y menores de 60 años.

Que tengan una relación de pareja de mínimo un año.

Criterio de Exclusión

Dependencia de sustancias psicoactivas.

Presencia de alguna enfermedad, física o psicológica.

Tipo de Estudio

Correlacional, confirmatorio y transversal (Kerlinger & Lee, 2001), ya que se realizó una medición de varias variables, para establecer su grado de asociación, sin decir de manera determinante la causa y efecto éstas. Se intentó determinar cómo es que se están relacionando y bajo qué condiciones se están produciendo, en uno o más grupos en un periodo único de tiempo.

Diseño

Diseño Correlacional Multivariado (Kerlinger & Lee, 2001), ya que se describió el grado en que dos variables varían de modo concomitante, evaluando el efecto de una sola variable independiente sobre varias variables dependientes.

Instrumentos

Se aplicaron las escalas para medir: Rasgos de Personalidad y Compromiso (referidas en los estudios anteriores).

Además de la Escala de Estilos de Apego adulto en su versión corta (Márquez Domínguez et al., 2010) que consta de 17 reactivos, divididos en tres factores con seis reactivos cada uno.





El apego evitante (alfa = .94) se caracteriza por el conflicto que les genera la cercanía e intimidad emocional con la pareja, tienen la probabilidad significativa de manejarse con esquemas negativos para la relación y/o con la pareja, lo cual lleva a desarrollar la premisa de que en algún momento, sea con la pareja o la relación, algo estará mal por lo cual prefieren no involucrarse emocionalmente y tomar precauciones para mantenerse a sí mismos, como a la pareja, con cierta distancia afectiva.

El apego ansioso (alfa= .94) caracterizado por experimentar la ansiedad por el abandono de su pareja, este estilo de apego presenta esquemas negativos para la relación que lo llevan a percibir regularmente una posibilidad significativa de ruptura o conflicto, aunado a auto-esquemas negativos que lo llevan a subvalorarse y sentir que serán abandonados al no ser meritorios de sus compañero, por ello suelen requerir y enfatizar recurrentemente confirmaciones de afecto y compromiso.

El apego seguro (alfa= .91) se caracteriza por esquemas positivos personales, con el compañero y para la relación, que se expresan en la tranquilidad, seguridad, cercanía y apertura con la pareja, así como una mayor confianza y desarrollo de intimidad emocional, lo que genera un sentimiento de satisfacción e interacciones positivas.

Procedimiento

Se contactaron a personas en la calle, en escuelas, oficinas o casa. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre relaciones de pareja y se les pidió su cooperación, una vez que se aceptaron participar se aplicó el instrumento garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.

Análisis Estadístico

Análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson, Análisis de Regresión Múltiple, etc. para con ello explorar relaciones entre variables e impacto de cada una de ellas sobre la adicción al amor.





RESULTADOS

Como se menciona en el Estudio II (fase 1): ya identificados los rasgos de personalidad de los adictos al amor, se consideró oportuno formar agrupaciones de ellos con el propósito de definir áreas que incluso, podrían mostrar una variabilidad interna similar: para con ello hacer más comprensible la personalidad del adicto. Para realizar esta clasificación de rasgos, algunos jueces expertos evaluaron la pertinencia del agrupamiento, y luego de algunas correcciones los rasgos se concentraron en cuatro áreas: Impulsividad, Cognición Dependencia, Emociones Negativas y Auto-Evaluación Negativa (Tabla 10). Cabe señalar, que estas cuatro áreas se formaron a partir de su similitud conceptual entre los rasgos, por ejemplo, en el caso de la primera área denominada Impulsividad, todos los rasgos presentes tienen que ver con el actuar sin pensar, la velocidad incrementada en la respuesta y la impaciencia.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a realizar un análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson para primero evaluar la relación de las características de personalidad en las personas adictas (Ver Tabla 35).

En dicha tabla, se puede observar que los rasgos que componen el área de impulsividad están teniendo una relación significativa y casi todos los casos positiva con la adicción, es decir, las personas afrontan sus problemas por medio de pensamientos repetitivos y violencia auto-dirigida, tienen obsesiones y compulsiones que interfieren con su vida normal, aunado a la sensación de necesidad de estar con la pareja, el único factor que tiene una correlación negativa es el de control pero esto se esperaría ya que lo que se evalúa es que las personas carecen de este.

En lo que respecta al área de cognición-dependencia, las correlaciones son -en su mayoría- altas y positivas; la mayor relación se tiene con el rasgo de desesperanza, es decir, piensan que las cosas que hacen no tienen ninguna consecuencia favorable para ellos, modifican sus conducta para agradar a otros o adecuarse al medio, necesitan a su pareja y tienen conductas en las que necesitan complacer y ayudar compulsivamente a





la pareja para sentirse queridos; los rasgos que no se relacionan son la abnegación, el locus de externo y la vulnerabilidad.

En la tercera área de emociones negativas, se puede observar que existe una relación alta y positiva con los factores de depresión que se refiere a tener un estado de tristeza prolongado, en el que existe poco interés en otras actividades y excesivo cansancio, así como la auto-destrucción que son el realizar conductas para dañarse a sí mismo ya sea de manera directa o indirecta, también se ve que las personas adictas responden de manera ansiosa. La adicción al amor no está relacionada con la incertidumbre, la ansiedad estado y el factor de alteración.

En la cuarta área de auto-evaluación negativa, se puede ver que existe correlación con todos los factores, es decir, las personas adictas se sienten desamparadas, que su pareja no les presta la atención que desean, con desconfianza de quien se acerque, tienen una evaluación negativa se sí mismos y reconocen que utilizan el auto-engaño cuando algo no les conviene en su vida.

Tabla 35. Correlaciones de los rasgos de personalidad con Adicción al Amor

Área	Rasgos Específicos	Factores	Correlación con Adicción al Amor
Impulsividad	Afrontamiento	Rumiación	.430**
		Violencia Auto-dirigida	.578**
	Impulsividad	Arrebato	.329*
		Control	-.368**
	Obsesión-compulsión	Obsesión	.403**
		Compulsión	.417**
		Interferencia	.393**
	Sensación de urgencia		.571**





Cognición Dependencia	Co-dependencia	Altruismo	.455**
		Abnegación	--
		Dependencia	.502**
		Complacer	.309*
	Dependencia		.395**
	Desesperanza		.643**
	Locus de control externo		--
	Tolerancia		.548**
	Vulnerabilidad		--
Emociones Negativas	Ansiedad	Calma	-.265*
		Incertidumbre	--
		Rasgo	.274*
		Estado	--
	Auto- destrucción	Castigo	.431**
		Conducta de Riesgo	.339**
		Intensidad Emocional	--
	Depresión	Evaluación negativa	.582**
		Fatiga	.477**
		Desinterés	.331*
	Enojo	Alteración	--
		Irritación	.377**
	Vergüenza		.396**
	Auto- Evaluación Negativa	Auto-engaño	
Auto-estima		Alta	-.357**
		Baja	.417**
Confianza		Desconfianza	.444**
Soledad	Desamparo	.568**	





	Abandono	.491**
	Decepción Romántica	--

*p < .05; **p < .001

Posteriormente, se corrió un segundo análisis de Correlación Producto-Momento de Pearson para evaluar la relación entre el compromiso y los estilos de apego con la adicción al amor (Ver Tabla 36).

Los hallazgos muestran- que no existe ninguna relación entre los factores del compromiso y la adicción, mientras que se puede ver- que la mayor relación se encuentra entre el apego ansioso y la adicción lo que indicaría que las personas ansiosas son más propensas a ser adictas. Se encuentra una relación alta pero negativa con el apego seguro lo que indica que a mayor seguridad menor adicción; y por ultimo también las personas con apego evitante tienen una probabilidad alta de volverse adictas ya estableciendo una relación.

Tabla 36. Correlación entre Compromiso, Apego y Adicción al Amor

	Factor	Adicción al Amor
Compromiso	Intimidad y apoyo	--
	Solidez y Fidelidad	--
	Unión	--
	Detalles y Mantenimiento	--
	Correspondencia	--
Apego	Evitante	.318*
	Ansioso	.568**
	Seguro	-.502**

*p < .05; **p < .001





Se procedio a realizar una Correlación Producto-Momento de Pearson para evaluar la relación entre los diferentes rasgos de personalidad y evaluar los posibles efectos de multicolinealidad entre las variables (Ver tabla 37).

Una vez analizados los resultados, se puede observar que las correlaciones son moderadas por lo que es posible separar los efectos de dichas variables.





Tabla 37. Correlación entre los rasgos de personalidad

	Rumiación	Violencia Auto-dirigida	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Incertidumbre	Calma	Ventajas de morir
Rumiación	1						
Violencia auto-dirigida	.687**	1					
Ansiedad Estado	--	--	1				
Ansiedad Rasgo	.429**	.266**	.228**	1			
Incertidumbre	.886**	.342**	--	.356**	1		
Calma	-.290**	-.280**	.152*	--	-.231**	1	
Ventajas de morir	.645**	.597**	--	.179**	.296**	-.223**	1
Gusto por el riesgo	.627**	.697**	--	.241**	.355**	--	.546**
Intensidad emocional	.369**	.352**	.175**	.197**	.266**	--	.222**
Auto-engañó	.430**	.334**	--	.343**	.457**	--	.282**
Auto-estima alta	-.320**	-.315**	.211**	--	-.213**	.390**	-.444**
Auto-estima baja	.504**	.462**	--	.194**	.356**	-.265**	.499*
Altruismo	.412**	.459**	--	.260**	.446**	-.142*	.329**
Abnegación	.488**	.443**	--	.352**	.454**	-.182**	.305**
Complacencia	.151*	.197**	--	.157*	.161*	--	.157*
Dependencia	.463**	.444**	--	.294**	.352**	-.181**	.326**
Descontrol	.601**	.468**	--	.399**	.516**	-.175**	.440**
Dependencia	.280**	.336**	--	.174**	.367**	--	.257**
Evaluación negativa	.605**	.578**	--	.207**	.443**	-.299**	.622**
Fatiga	.606**	.643**	--	.257**	.560**	--	.468**
Desinterés	.502**	.413**	--	.216**	.460**	-.288**	.407**
Desesperanza	.524**	.490**	--	.246**	.413**	-.256**	.539**
Alteración	.417**	.290**	--	.249**	.476**	--	.260**
Irritación	.495**	.375**	--	.278**	.574**	-.195**	.331**
Arrebato	.587**	.530**	--	.202**	.439**	-.174**	.433**
Control	--	--	--	--	--	.219**	--
Locus de control externo	.144*	.172*	--	--	.215**	--	.282**
Obsesión	.375**	.366**	--	.275**	.371**	--	.312**
Compulsión	.516**	.480**	--	.380**	.509**	-.219**	.380**
Interferencia	.543**	.412**	--	.430**	.416**	-.165*	.325**
Sensación de urgencia	.439**	.458**	--	.224**	.411**	-.258**	.357**
Desamparo	.646**	.510**	--	.293**	.503**	-.302**	.602**
Abandono	.604**	.510**	--	.334**	.510**	-.304**	.451**
Decepción	-.358**	-.262**	--	--	-.327**	.312**	-.163**
Tolerancia	.554**	.462**	--	.300**	.555	-.163**	.422**
Vergüenza	.454**	.374**	--	.360**	.533**	--	.280**
Vulnerabilidad	.244**	.237**	--	.266**	.292**	--	--





	Gusto por el riesgo	Intensidad emocional	Auto-engañó	Auto-estima alta	Auto-estima baja	Altruismo	Abnegación
Rumiación							
Violencia auto-dirigida							
Ansiedad Estado							
Ansiedad Rasgo							
Incertidumbre							
Calma							
Ventajas de morir							
Gusto por el riesgo	1						
Intensidad emocional	.380**	1					
Auto-engañó	.309**	.147**	1				
Auto-estima alta	-.226**	--	-.208**	1			
Auto-estima baja	.384**	--	.408**	-.623	1		
Altruismo	.401**	.153*	.421**	-.233**	.362**	1	
Abnegación	.448**	.200**	.486*	--	.324**	.541**	1
Complacencia	.215**	--	.146*	--	--	.411	.225**
Dependencia	.444**	.252**	.472**	-.238	.351**	.440**	.499**
Descontrol	.382**	--	.576**	-.462**	.613**	.411**	.415**
Dependencia	.284**	--	.377**	-.171*	.337**	.596**	.381**
Evaluación negativa	.529**	--	.418**	-.612**	.723**	.476**	.392**
Fatiga	.511**	.204**	.474**	--	.619**	.432**	.400**
Desinterés	.437**	--	.406**	-.417**	.511**	.390**	.386**
Desesperanza	.438**	--	.374**	-.553**	.674**	.440**	.377**
Alteración	.359**	.190**	.428**	--	.240**	.316**	.313**
Irritación	.386**	.321**	.494**	-.175**	.321**	.330**	.370**
Arrebato	.592**	.393**	.387**	-.134*	.289**	.280**	.300**
Control	--	.316**	-.147*	.336**	-.176**	--	--
Locus de control externo	.255**	.158*	.252**	-.237**	.308**	.225**	.182**
Obsesión	.310**	.169*	.268**	-.138*	.171*	.502**	.290**
Compulsión	.433**	.183**	.426**	-.173*	.336**	.594**	.530**
Interferencia	.391**	.166*	.373**	-.184*	.362**	.507**	.476**
Sensación de urgencia	.399**	--	.419**	-.312**	.451**	.650**	.470**
Desamparo	.459**	.161*	.381**	-.548**	.638**	.469**	.424**
Abandono	.458**	.155*	.433**	-.403	.534**	.507**	.553**
Decepción	-.252**	--	--	.229**	-.247**	-.187**	-.324**
Tolerancia	.434**	.311**	.507**	-.184**	.418**	.415**	.402**
Vergüenza	.376**	.185**	.401**	-.336**	.523**	.410**	.358**
Vulnerabilidad	.183**	--	.290**	-.202**	.375**	.238**	.233**





	Complacencia	Dependencia	Descontrol	Dependencia	Evaluación negativa	Fatiga	Desinterés
Rumiación							
Violencia auto-dirigida							
Ansiedad Estado							
Ansiedad Rasgo							
Incertidumbre							
Calma							
Ventajas de morir							
Gusto por el riesgo							
Intensidad emocional							
Auto-engaño							
Auto-estima alta							
Auto-estima baja							
Altruismo							
Abnegación							
Complacencia	1						
Dependencia	.212**	1					
Descontrol	--	.432**	1				
Dependencia	.382**	.352**	.352**	1			
Evaluación negativa	.537**	.626**	.626**	.405**	1		
Fatiga	.424**	.682**	.682**	.327**	.701**	1	
Desinterés	.407**	.503**	.503**	.323**	.633**	.645**	1
Desesperanza	.530**	.539**	.539**	.393**	.781**	.600**	.543**
Alteración	.247**	.354**	.354**	.259**	.281**	.429**	.427**
Irritación	.363**	.445**	.445**	.267**	.403**	.528**	.437**
Arrebato	.182**	.357**	.421**	.246**	.413**	.526**	.349**
Control	--	--	-.152*	--	-.194**	--	-.137**
Locus de control externo	.134*	.389**	.210**	.347**	.416**	.257**	.335**
Obsesión	.361**	.217**	.304**	.467**	.266**	.281**	.262**
Compulsión	.385**	.403**	.424**	.458**	.420**	.440**	.353**
Interferencia	.251**	.519**	.464**	.246**	.412**	.459**	.464**
Sensación de urgencia	.411	.524**	.401**	.762**	.579**	.448**	.362**
Desamparo	--	.545**	.649**	.349**	.795**	.694**	.627**
Abandono	.153*	.542**	.566**	.260**	.638**	.663**	.511**
Decepción	--	-.244**	-.263**	--	-.310**	-.322**	-.273**
Tolerancia	--	.480**	.479**	.358**	.534**	.568**	.450**
Vergüenza	.172*	.376**	.596**	.354**	.528**	.530**	.360**
Vulnerabilidad	--	.257**	.431**	.322**	.368**	.370**	.319**





	Desesperanza	Alteración	Irritación	Arrebato	Control	Locus de control externo	Obsesión
Rumiación							
Violencia auto-dirigida							
Ansiedad Estado							
Ansiedad Rasgo							
Incertidumbre							
Calma							
Ventajas de morir							
Gusto por el riesgo							
Intensidad emocional							
Auto-engaño							
Auto-estima alta							
Auto-estima baja							
Altruismo							
Abnegación							
Complacencia							
Dependencia							
Descontrol							
Dependencia							
Evaluación negativa							
Fatiga							
Desinterés							
Desesperanza	1						
Alteración	.227**	1					
Irritación	.348**	.684**	1				
Arrebato	.326**	.409**	.484**	1			
Control	--	.149*	--	--	1		
Locus de control externo	.466**	--	.207**	.216**	--	1	
Obsesión	.228**	.205**	.245**	.289**	--	.201**	1
Compulsión	.394**	.345**	.440**	.433**	--	.222**	.657**
Interferencia	.389**	.311**	.331**	.355**	--	.149*	.507**
Sensación de urgencia	.512**	.270**	.357**	.329**	-.156*	.348**	.518**
Desamparo	.777**	.255**	.398**	.357**	-.153*	.333**	.306**
Abandono	.572**	.312**	.434**	.386**	-.144*	.178**	.263**
Decepción	-.168*	-.190**	-.307**	-.173*	--	--	--
Tolerancia	.527**	.552**	.612**	.440**	--	.242**	.236**
Vergüenza	.513**	.236**	.386**	.322**	-.193**	.250**	.225**
Vulnerabilidad	.418**	.337**	.283**	.186**	--	.181**	--





	Compulsión	Interferencia	Sensación de urgencia	Desamparo	Abandono	Decepción	Tolerancia
Rumiación							
Violencia auto-dirigida							
Ansiedad Estado							
Ansiedad Rasgo							
Incertidumbre							
Calma							
Ventajas de morir							
Gusto por el riesgo							
Intensidad emocional							
Auto-engaño							
Auto-estima alta							
Auto-estima baja							
Altruismo							
Abnegación							
Complacencia							
Dependencia							
Descontrol							
Dependencia							
Evaluación negativa							
Fatiga							
Desinterés							
Desesperanza							
Alteración							
Irritación							
Arrebato							
Control							
Locus de control externo							
Obsesión							
Compulsión	1						
Interferencia	.601**	1					
Sensación de urgencia	.601**	.399**	1				
Desamparo	.442**	.544**	.485**	1			
Abandono	.484**	.549**	.516**	.747**	1		
Decepción	-.211**	-.291**	-.246**	-.293**	-.473**	1	
Tolerancia	.409**	.387**	.455**	.547	.488**	-.175**	1
Vergüenza	.398**	.396**	.422	.487**	.470**	-.240**	.408**
Vulnerabilidad	.249**	.250**	.317**	.339**	.346**	--	.436**





	Vergüenza	Vulnerabilidad
Rumiación		
Violencia auto-dirigida		
Ansiedad Estado		
Ansiedad Rasgo		
Incertidumbre		
Calma		
Ventajas de morir		
Gusto por el riesgo		
Intensidad emocional		
Auto-engaño		
Auto-estima alta		
Auto-estima baja		
Altruismo		
Abnegación		
Complacencia		
Dependencia		
Descontrol		
Dependencia		
Evaluación negativa		
Fatiga		
Desinterés		
Desesperanza		
Alteración		
Irritación		
Arrebato		
Control		
Locus de control externo		
Obsesión		
Compulsión		
Interferencia		
Sensación de urgencia		
Desamparo		
Abandono		
Decepción		
Tolerancia		
Vergüenza	1	
Vulnerabilidad	.418**	1

* $p < .05$; ** $p < .001$



A continuación, se corrió un análisis de regresión lineal múltiple ($F_{37, 21} = 4.391$; $p = .0001$) que resultó ser significativo, lo cual indica que los rasgos de personalidad explican de manera general un 91% de la variable dependiente que es la adicción al amor. Los datos muestran que para que una persona tenga alta probabilidad de ser adicta, es porque muestra un afrontamiento inadaptativo, es decir, pasa mucho tiempo con pensamientos negativos en su memoria sobre aspectos significativos de su vida, tiende a poner en riesgo su vida- (cortarse o ingerir alcohol), considera que el control de la situación es el mejor camino para conseguir lo que desea y esto se evidencia en su disgusto por las emociones intensas, tiene una auto-estima deficiente y quisiera ser otra persona constantemente, porque tiende a acomodarse a los deseos de los demás por medio de la complacencia; porque espera apoyo de las demás personas pues considera que no puede valerse por sí mismo; tiene una visión negativa del futuro y cuando no tiene lo que desea actúa de manera arrebatada; tiene pensamientos obsesivos así como una necesidad de conseguir lo que desea en el justo momento en que lo piensa y considera que su vida está llena de decepciones amorosas por lo que se siente muy sola (Ver Tabla 38).

Tabla 38. Regresión lineal múltiple de las variables de personalidad sobre la adicción al amor

Variable Dependiente: Adicción al Amor						
Variable Independiente	R^2	Beta	T	Sig.	R	R Cuadrada
Ansiedad Estado	.266	.203	1.519	.144	.95	.91
Ansiedad Rasgo	.105	.063	.567	.577		
Sensación de Urgencia	.255	.456	2.776	.010		
Dependencia	.221	.370	2.377	.025		
Locus de control externo	-.069	-.112	-.797	.434		
Vulnerabilidad	-.046	-.085	-.571	.574		





Desesperanza	.486	.821	2.340	.029
Tolerancia	-.068	-.120	-.639	.530
Depresión - Evaluación negativa	.024	.044	.174	.885
Depresión - Fatiga	-.064	-.132	-.572	.573
Depresión - Desinterés	.031	.060	.308	.761
Enojo - Alteración	-.112	-.192	-.856	.402
Enojo - Irritación	.234	.384	1.727	.099
Ansiedad -Incertidumbre	-.103	-.177	-1.330	.198
Ansiedad - Calma	.055	.088	.671	.510
Vergüenza	.147	.202	1.479	.154
Auto-estima alta	-.365	-.637	-2.588	.017
Auto-estima baja	.008	.015	.073	.943
Auto-engaño	.040	.071	.390	.700
Confianza - Desconfianza	-.131	-.253	-.963	.347
Soledad - Desamparo	.198	.409	1.444	.164
Soledad - Abandono	.139	.319	1.531	.141
Soledad - Decepción Romántica	.161	.275	3.100	.005
Co-dependencia - Altruismo	-.100	-.188	-.909	.374
Co-dependencia - Abnegación	.001	.002	.011	.991
Co-dependencia - Dependencia	.069	.106	.657	.518
Co-dependencia - Complacer	.241	.286	2.961	.007
Afrontamiento - Rumiación	.400	.856	3.371	.003
Afrontamiento - Violencia Auto-dirigida	.360	.544	2.360	.028
Impulsividad - Arrebato	.200	.361	2.198	.039
Impulsividad - Control	-.090	-.131	-1.099	.284
Auto-destrucción - Castigo	.055	.084	.449	.658
Auto-destrucción - Conducta de Riesgo	.079	.145	.735	.470



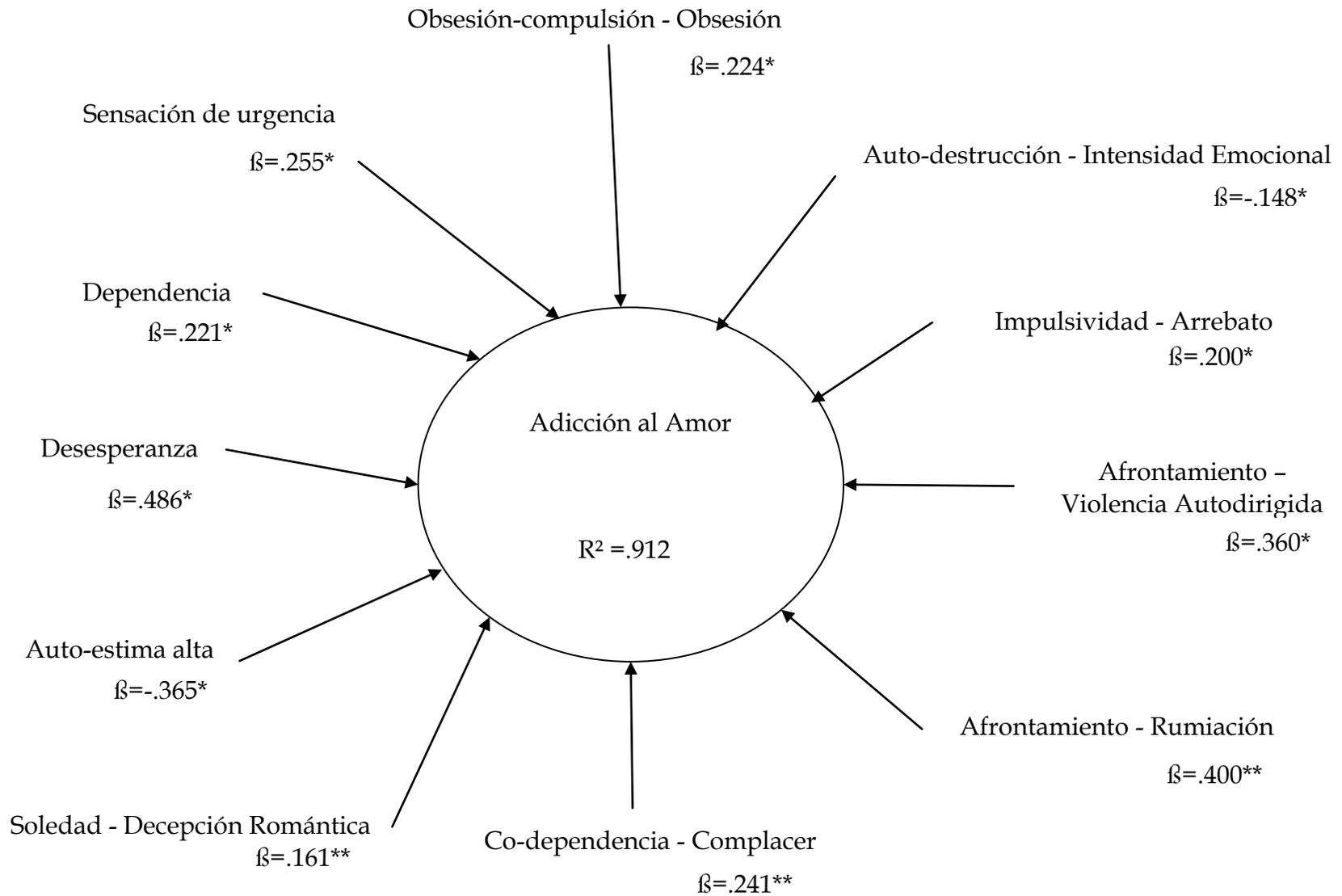


Auto-destrucción - Intensidad Emocional	-.148	-.316	-2.183	.041	
Obsesión-compulsión - Obsesión	.224	.383	2.100	.048	
Obsesión-compulsión - Compulsión	-.069	-.111	-.706	.488	
Obsesión-compulsión - Interferencia	-.161	-.256	-1.424	.169	

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se puede ver en la figura 9 cuales fueron las variables significativas dentro del modelo de regresión.





* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 9. Regresión lineal múltiple de las variables de personalidad sobre la adicción al amor





Se procedió a realizar una Correlación Producto-Momento de Pearson para evaluar la relación entre el apego y el compromiso y evaluar los posibles efectos de multicolinealidad entre las variables. Una vez analizados los resultados, se puede observar que las intracorrelaciones en el apego son moderadas, por el contrario en el caso del compromiso son altas, por lo que solo en el caso del primero es posible separar los efectos de dicha variable (Ver tabla 39).

Tabla 39. Correlación entre apego y compromiso

	Apego Evitante	Apego Ansioso	Apego Seguro	Compromiso Intimidad	Compromiso Solidez	Compromiso Unión	Compromiso Correspondencia	Compromiso Detalles
Apego Evitante	1							
Apego Ansioso	--	1						
Apego Seguro	-.374**	-.397**	1					
Compromiso Intimidad	--	--	.377**	1				
Compromiso Solidez	--	--	.497**	.809**	1			
Compromiso Unión	--	--	--	.660**	.728**	1		
Compromiso Correspondencia	--	--	--	.640**	.684**	.728**	1	
Compromiso Detalles	--	--	--	.745**	.640**	.714**	.659**	1

* $p < .05$; ** $p < .001$ 



Consecuentemente se corrió un segundo análisis de regresión lineal múltiple ($F 8, 50 = 6.429$; $p = .0001$) que resultó ser significativo, lo cual indica el apego explican de manera general un 51% de la variable dependiente que es la adicción al amor (Ver Tabla 40).

Tabla 40. Regresión lineal múltiple de las variables de compromiso y apego sobre la adicción al amor

Variable Dependiente: Adicción al Amor						
Variable Independiente	β	Beta	t	Sig.	R	R Cuadrada
Apego Evitante	.091	.134	1.116	.270	.71	.51
Apego Ansioso	.271	.463	4.035	.0001		
Apego Seguro	-.249	-.383	-2.645	.011		

* $p < .05$; ** $p < .001$

Los resultados confirman es el apego el que llega a predecir si una persona tienen más posibilidad de ser adicta al amor, es decir las personas que no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de su pareja esto debido a la inconsistencia que esté presente, y si presentan un fuerte deseo de intimidad; y a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás es probable que entren en una relación adictiva. Mientras que las personas que poseen un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza, son más cálidas, estables y con perspectivas coherentes de sí mismo no entraran en relaciones de este tipo.



En la figura 10, se puede ver cuáles fueron las variables que resultaron significativas en el segundo análisis de regresión.

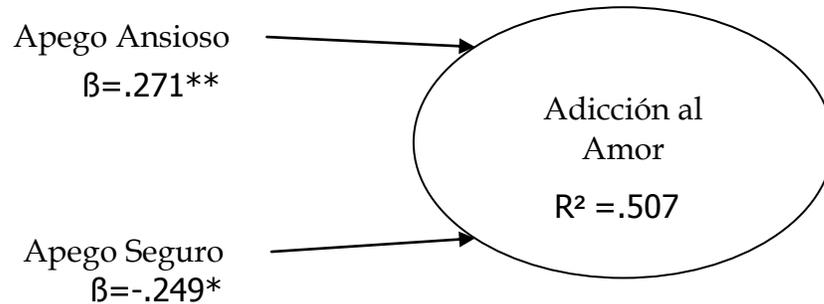


Figura 10. Regresión lineal múltiple de las variables de compromiso y apego sobre la adicción al amor

DISCUSIÓN

En el estudio previo existían muchas interrogantes sobre cómo era el comportamiento de la adicción al amor con otras variables, para responder a la siguiente pregunta ¿Cuáles rasgos de personalidad son los que tienen mayor peso en el individuo para orillarlos a caer en una adicción como ésta?

Para contestar esta pregunta se realizó un análisis de regresión, dirigido a explorar cuales de los rasgos de personalidad evaluados eran predictores de la adicción al amor (Howard, 2001; Mellody & Wells, 1997; Peele & Brodsky, 1991; Retana Franco, 2004; Schaeffer, 2000), con este resultado se confirmó que en las personas adictas, existe una supremacía de los impulsos, las personas reportaron utilizar conductas para lastimarse como tomar alcohol, involucrarse en conductas sexuales de riesgo, el vomitar los alimentos o el intentar suicidarse; tienen una gran necesidad de estar con su fuente de adicción en el momento en que lo desean y dejan sus actividades para poder realizarlo; su cabeza está llena de pensamientos referentes a sus pareja y a problemas no resueltos con ellos, lo que les puede crear compulsiones y obsesiones sobre ciertas cosas





que realizan con sus parejas y por lo tanto existe gran interrupción y entorpecimiento de lo que les queda de vida social, familiar o laboral. Son personas que no miden las consecuencias de sus actos y actúan de manera impetuosa por querer estar con la pareja o por querer tener algún contacto aunque sea mínimo con ésta.

También se fortalece la idea de Castelló (2000) de que estas personas tienen una cognición dependiente, es decir las personas adictas tienen una visión negativa del futuro y que lo que les puede pasar siempre será desagradable y solo les ocurrirán desgracias; son tolerantes, es decir, se modifican y cambian sus conductas para poder responder a lo que está pasando en su medio y obtener lo que desean. Estas personas tienen una percepción de que sus acciones influirán de manera determinante en la vida de su pareja y que los podrán cambiar (salvar) para salir de sus problemas. Tienen una preocupación constante y obsesiva para resolver los problemas del otro incluso si esto se antepone a sus propias necesidades, bajo la premisa de que es más importante la pareja y se necesita ayudarla para obtener con ello su amor y aprobación.

La emoción negativa que predomina, es la tristeza extrema llegando a la depresión, en donde por el estado en el que se encuentran tienen una evaluación negativa de sí mismos, ellos piensan que por medio de sus conexión mágica con la otra persona se sentirán mejor. Poseen una excesiva sensación de cansancio, lo que los orilla a no hacer cosas para salir de la situación en la que se encuentran y esto los hace susceptibles ante las cosas que realiza la pareja como principal fuente de gratificaciones. Consideran, que su conducta no es digna y buscan actividades para castigarse, aunque esta conducta podría tener una doble intención que sería retener a la pareja ya que si se evalúa a la pareja como débil y capaz de lastimarse entonces la pareja considerará como poco probable abandonarla. Las personas adictas consideran que las cosas que hacen están mal y siempre hacen el ridículo al querer realizarlo, o que después de la experiencia saldrán humillados. Tienden a vivir sus interacciones de manera explosiva, es decir, no interactúan con la persona que los hizo enojar, tienden a golpear y a comportarse de manera defensiva cuando sienten enojo. Se involucran en conductas vinculadas con la depresión que sienten y se relaciona con poner en evidencia que la





pareja no los cuida lo suficiente. Se encuentran desinteresados en actividades que podrían ser gratificantes, además de que todo el tiempo sienten perturbados en sus emociones por las presiones de la vida diaria, además de no sentir calma en ningún momento.

Respecto al área de auto-evaluación negativa, las personas adictas se sienten descuidadas y desatendidas por sus parejas, y aunque lleguen a estar en presencia de ésta se sienten solos, incomprendidos y que la pareja no está involucrada en la relación de la misma manera que ellos, o como ellos lo esperan o desean. Sienten desconfianza de ellos mismos, es decir, evalúan con poca capacidad para tomar buenas decisiones y evalúan su desempeño como deficiente y se preguntan todo el tiempo si serán reemplazados. Asimismo desconfían de las personas que se encuentran a su alrededor, no se sienten aceptados y afirman que son juzgados, por lo que prefieren no involucrarse en muchas actividades. Se evalúan como personas deficientes, no se sienten atractivas, ni interesantes, no les gusta como son y desean constantemente ser otra persona. Por último, son personas que reconocen que hacen cosas que no les convienen, que ignoran a las personas cuando les dicen algo que no les gusta, aunque en el fondo reconocen que estas personas tienen razón, han sofisticado sus engaños hasta el grado en que ellos se los creen y así es más fácil mentir sobre lo que les está pasando.

Características que hacen propensos a los individuos a volverse adictos al amor

Se puede observar en los resultados que existen ciertas características que las personas tienen y están haciendo que vivan sus relaciones de manera adictiva, pero un aspecto importante que se planteó la presente investigación, fue evaluar si existían características de personalidad que predispusieran de manera directa hacia la adicción al amor. La regresión confirma, que cuando las personas afrontan sus problemas por medio de pensamientos circulares y repetitivos sobre cuestiones no relacionadas o poco importantes para la solución de los problemas, se incrementa la posibilidad de caer en relaciones en las que la otra persona es la fuente de todas las gratificaciones, ya que





cuando se comienza la relación, las cosas funcionan fácilmente, el amado les brinda la posibilidad de desempeñarse mejor, de enfrentar y superar todos los obstáculos aunque sean muy difíciles (Ben-Ze'ev & Goussinsky, 2008), pero estos pensamientos repetitivos jugarán un segundo papel en la creación del vínculo adictivo ya que las personas pasaran mucho tiempo recreando los momentos que se pasaron con la pareja. En este mismo tenor, Schaeffer (2000) encuentra que los adictos al amor, no son capaces de mantener recuerdos felices de su pareja y el temor al abandono puede presentarse incluso en la separación más rutinaria, para el adicto es difícil creer que la otra persona regresará, lo que refleja ciertos problemas para confiar en la pareja a menos que este a la vista.

Si las personas enfrentan las situaciones estresantes o angustiosas se lastiman a sí mismos, es decir, canalizan esta incapacidad de resolver sus problemas en auto-flagelación; lo que a su vez facilita que encuentren una relación adictiva en donde la otra persona intente salvarlos de estos comportamientos -conscientes o inconscientes-, generando en ellos seguridad y acercamiento continuo. Esto, se ve apoyado con lo expresado por Baumeister y Dhavale (2001) y Sinclair y Frieze (2000) quienes señalan que cuando los adictos se encuentran en una relación, existe en ellos una mezcla de desesperación y esperanza, lo cual conlleva a activar comportamientos impensables de otro modo, como pueden ser acoso, la vigilancia, la intimidación, el abuso verbal y físico, pero más comúnmente el daño a sí mismos. Se puede decir, que esto lo hacen porque al dañarse recibirán más atenciones, es decir genera la posibilidad de que alguien (su persona especial) los quiera rescatar, proteger y con ello sentirán que han cumplido su cometido de conservar a la pareja cerca. Se encuentra, que las personas que viven su vida con espíritu aventurero, es decir, que piensan que se deben de vivir las cosas al tope y sin control, no son las personas que se pueden llegar a convertir adictas ya que las personas adictas viven sus vidas de una manera premeditada, no se dejan llevar por las emociones, miden cada paso que dan ya que necesitan hacer las cosas premeditadamente para conseguir algo más con ello. El único momento en el que se ha





encontrado que pierden el control de las emociones es cuando ven ciertas conductas de su pareja para alejarse de ellos (Ben-Ze'ev & Goussinsky, 2008).

La auto-estima baja genera inseguridad en sí mismo, ansiedad, y vuelca al sujeto hacia la valoración social. Las personas se apoyan más en lo que creen que los demás piensan de ellos, se tornan dependientes de los criterios y valoraciones de los otros y tienden a regular sus comportamientos sobre la base de criterios externos. Otra de las manifestaciones de las personas con vínculos dañados, es la excesiva generosidad, sumisión y complacencia, las personas idealizan al otro en extremo de no sentirse digno de él, lo conduce a ofrecer un amor dependiente, esclavizante, en donde se ocupa de los problemas y necesidades del otro (Fernández-Rius, 2003)

Las personas dependientes y con baja auto-estima, laceran su autonomía y su individualidad, lo cual puede tener su origen en una excesiva simbiosis y subordinación con los padres, así como una afectividad carencial, asociándose también a una insuficiente identidad personal y genérica (Fernández-Rius, 2003). Ser desvalido y dependiente, incluso cuando parece satisfacer la necesidad de hambre de cariño para atar a la otra persona, es un precio caro que se paga con la auto-estima; las personas pueden caer en un círculo vicioso en el que llegan a odiar al compañero del que dependen y al que se sienten incapaz de dejar debido a esta dependencia (Howard, 2001).

Las personas adictas magnifican el dolor que sienten y hacen todo lo posible para soportarlo y/o para evitarlo, en lugar de encararlo y confiar en que terminará, esto concuerda con lo que Schaeffer (2000) encontró, ya que las personas que tienen recuerdos de épocas terribles que se grabaron en su memoria, no quieren volver a experimentar jamás esos sentimientos de desamparo. Los adultos, están inconscientemente convencidos de que sufrirán o, aún, morirán si no se satisfacen ciertas necesidades apremiantes y algo o alguien de fuera es quien los satisface. Las personas al no conseguir lo que desean en el momento que lo quieren, tienden a reaccionar de manera poco controlada y arrebatada. Otra manera de reaccionar, es por medio de pensamientos fuertes y frecuentes sobre las cosas que les están pasando, esto





se ve confirmado en lo encontrado por Sutil (2004) quien implica que en los adictos al amor se suele implicar intensidad, obsesión, compulsión que es utilizado para evitar la realidad y la intimidad. Este hallazgo en la investigación se ve confirmado por lo que Riso (2008) señala y es que las personas obsesivas e inseguras, muy exigentes consigo mismas y con los demás, tienen mayor predisposición a desarrollar la adicción al amor; es decir que los rasgos que predominan en la personalidad de las personas están incidiendo el desarrollo de esta adicción.

Si las personas tienen una necesidad apremiante, es probable que todo lo deseen sin prórroga, y es posible que esto ya está implicando una forma de apegarse a ciertos estímulos en forma adictiva, lo cual se verá reflejado en una adicción al amor; ya que como Howard (2001) señala, este tipo de adictos viven su amor de manera apremiante, se genera en ellos un síndrome de abstinencia en el que no pueden esperar; un segundo o un minuto; para ellos es una hora, o sea una eternidad si no se está con la pareja. En este mismo sentido Ben-Ze'ev y Goussinsky (2008) encuentran que las personas adictas sienten que la vida las aplasta cuando no tienen contacto con la pareja, pero si se tiene libre acceso a ella las emociones cobran destellos impresionantes.

En lo que se refiere a la decepción romántica se encuentra que algunas personas tienden a la soledad e introversión, sin embargo, no pueden prescindir de los demás y se torna muy demandante de cariño, afecto y comprensión. Por su parte, Fernández-Rius (2003) señala que existen personas que buscan la exclusividad en el amor y se hacen vulnerables, buscan parejas que los aisle del mundo y que alivien sus carencias, lo cual concuerda con la idea romántica que tienen las personas adictas al amor; no obstante como describen Ben-Ze'ev y Goussinsky (2008) nadie los amará como lo desean, como lo necesitan y siempre faltará un poco más. Las personas adictas, entonces, le exigirán más y más a sus parejas y sentirán un sentimiento de no retribución a su amor.

Una contribución de la presente investigación fue probar de manera empírica, que lo referido en la literatura sobre la adicción al amor, realmente se estaba presentando en las personas que están pasando por una adicción de este tipo. Ya que en es en el área de





auto-ayuda donde ha surgido la mayor cantidad de información sobre el tópico pero nadie se había dado a la tarea de evaluar si es que toda esta información era comprobable de manera empírica.

Se encuentra que como dicen los trabajos en el área (Melody & Wells, 1997; Peele & Brodsky, 1975/1991; Schaeffer, 2000), el amor es equiparable a una adicción ya que existe una priorización de la pareja, con una preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente ("*dependencia*") y sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura ("*abstinencia*").

Se confirma que como lo refiere Howard (2001) estas personas son depresivas, ansiosas, con baja auto-estima, hostiles o agresivas, y desesperanzadas que sería equiparable a la sensación de fracaso que el plantea.

Se demuestra que las personas adictas tienen una dependencia real hacia su pareja, que tienen un miedo exagerado al abandono o rechazo, manipulan, sienten ansiedad, enojo y miedo, como lo refiere Retana Franco (2004); así como que tienen una necesidad apremiante por ser amados, como menciona Schaeffer (2000) lo cual se ve reflejado en los datos presentados.

De igual forma, como mencionan Peele y Brodsky (1975) los adictos son obsesivos, excesivos, destructivos, compulsivos y dependientes, lo cual fue evidenciado en los datos de la presente investigación.

Se confirma, que las personas tienen una afrontamiento particular, son ansiosos, se auto-destruyen, se auto-engañan, tienen baja auto-estima, poca confianza, son impulsivos, son dependientes y co-dependientes, están enojados, se sienten incompletos, inseguros, con locus de control externo; obsesivos-compulsivos, con sensación de urgencia, se sienten solos, son tolerantes, con vergüenza y vacío existencial, además de vulnerables. Y se encuentra que no buscan sensaciones novedosas, no sienten culpa, no son impresionables e inadaptados; y no son tímidos ni violentos. Se encuentra que estas personas no se caracterizan por todas los rasgos que se les atribuyen y que la configuración particular de su personalidad, así como la interacción que tienen con la





pareja haga que se complique salir de sus relaciones; y como lo refieren Ben-Ze'ev y Goussinsky (2008), cuando uno de los dos quiere salir el otro no pueda soportarlo y se comporta de manera agresiva llegando hasta matar a la pareja. La presente investigación, fue capaz de evaluar no solo que características de personalidad que tienen los adictos, sino que se puede ver que existen cuatro diferentes maneras en que las personas viven su amor. Por un lado, existen personas que lo viven de manera depresiva, otros de manera obsesiva, destructiva y por ultimo de manera resistente.

¿Y el compromiso y el apego, predicen la adicción al amor?

Se puede ver que cada persona acude a una relación con su personalidad, con sus vínculos anteriores determinados por su historia concreta, y por su espacio subjetivo creado a lo largo de su vida; se va a la relación con las carencias afectivas, las identidades, la auto-estima, las necesidades y el crecimiento personal. Todo ello se expresará en las expectativas con respecto al vínculo, en la selectividad, en los proyectos con respecto a este, se verá plasmado en el compromiso que se establece.

Los resultados evidencian que aunque en la literatura el compromiso es una variable de suma importancia, en el caso de los adictos no se encuentra que exista una relación y/o predicción sobre la forma adictiva de vincularse amorosamente.

En el caso del apego es claro que el que predice de manera directa que exista mayor probabilidad de generarse la adicción al amor, es el apego ansioso que está marcado por la preocupación, los celos, las obsesiones y el miedo al abandono. Feeney y Noller (2001) encuentra que los individuos ansiosos-ambivalentes tienen una conciencia constante de sus sentimientos negativos, centran su atención en esos sentimientos de forma hiper-vigilante y manifiestan expresiones intensificadas de miedo e ira; han aprendido estas estrategias como una forma de mantener el contacto con sus parejas inconstantes.



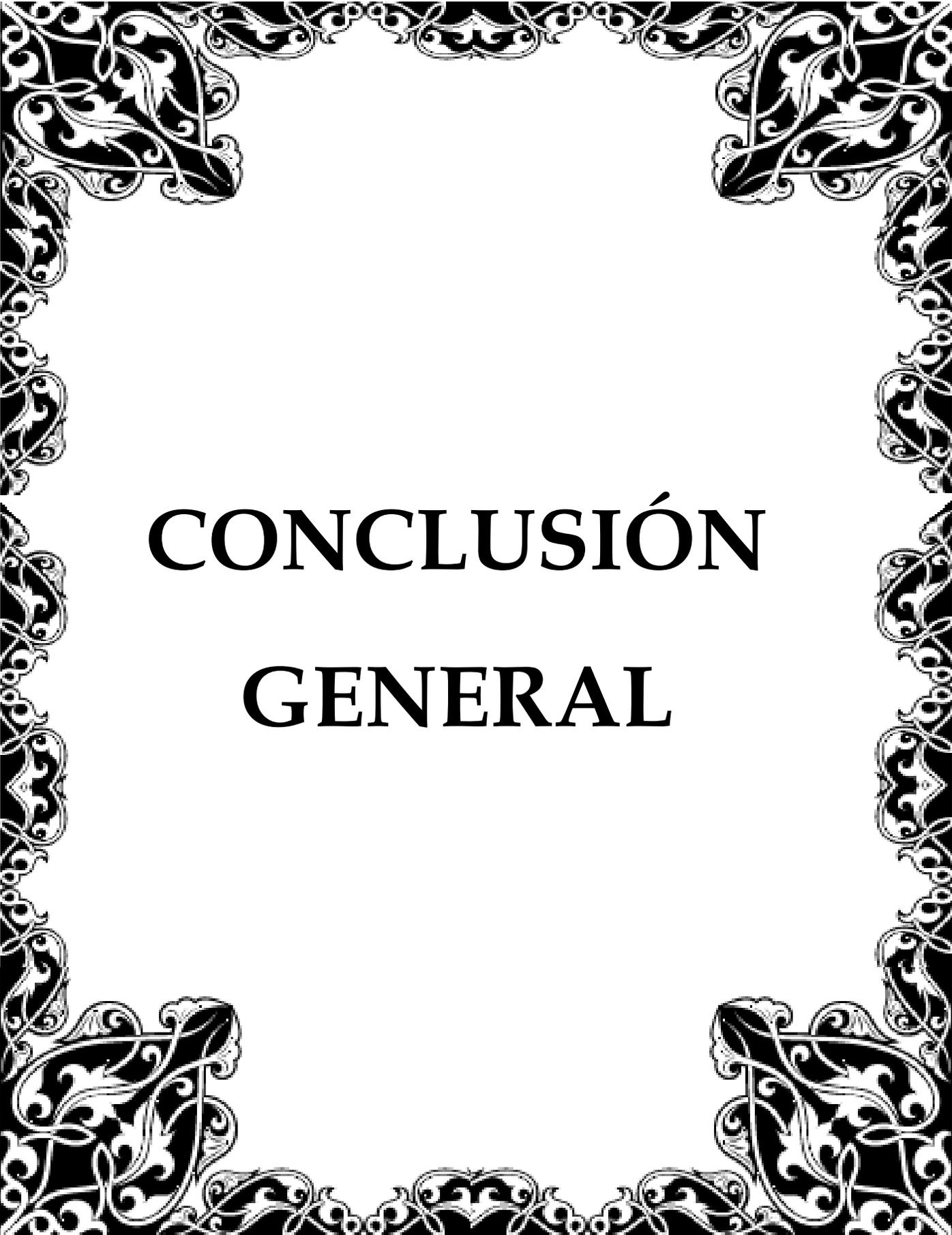


Las personas ansiosas ambivalentes desean conseguir la aprobación y evitar el rechazo, centran su atención hacia los signos de desaprobación de los demás, su excesiva preocupación genera un sesgo perceptivo que inhibe la atención hacia toda aquella información no relevante para sus propias preocupaciones y necesidades centrándose en las cosas negativas y sus propias necesidades no satisfechas (Collins & Read, 1994).

Se confirma que los individuos ansiosos y los adictos viven sus relaciones con una preocupación obsesiva por el abandono, el deseo extremo de unión y reciprocidad, desconfianza, celos y una mayor vulnerabilidad a la soledad (Brennan & Shaver, 1995; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Hendrick, Hendrick & Adler, 1988 y Pistole, 1989). Se perciben angustiados, afligidos y sin apoyo (Kobak & Sceery, 1988), se puede corroborar que existe una relación cercana entre estos dos constructos.

En el caso de las personas con apego seguro al mostrar formas más constructivas de afrontar sus sentimientos negativos en contextos sociales, poseen mayor capacidad de recuperación del ego, son menos ansiosos y hostiles, con más apoyo social (Feeney & Noller, 2001), por ello las personas que tienen este apego, es una protección para no caer en relaciones adictivas ya que los seguros confían en los motivos de los demás, tienden a considerar que la gente es altruista, confían en la capacidad de respuesta, cariño y deseo de unión de sus parejas.





CONCLUSIÓN GENERAL



Retana Franco

CADA HISTORIA TIENE UN FINAL,
PERO EN LA VIDA TODO ES UN COMIENZO

ANÓNIMO





El interés de estudiar la adicción al amor surge al querer averiguar cómo es que el amor tiene un lado muy positivo pero también uno opuesto, al realizar búsquedas sobre la temática se encontró que el estudio de la adicción al amor no había sido sistemático, aunque se dice que ésta es tan antigua como el ser humano (Peele & Brodsky, 1975). Su estudio resulta complejo ya que se mezcla con el amor pasional y/o la adicción sexual, lo que genera que no exista una definición operacional y consensuada del tema, y esto, imposibilita la realización de estudios epidemiológicos sobre este padecimiento. Adunado a esto, no se tiene conocimiento de ningún estudio sistemático de las comorbilidades asociadas a adicción al amor, de cuáles son los rasgos de personalidad o si existen factores genéticos que pueden estar relacionados al riesgo a padecerlo. Existen sin embargo, referencias con base en la práctica clínica que podrían servir de referencia para abrir un campo de conocimiento y entendimiento de dicha adicción (Fisher, 2006; Timmreck, 1990; Yoder, 1990).

Dentro de este contexto se encuentra que el amor romántico implica una conexión profunda en una relación, incluyendo intensos sentimientos por otra persona, además de intimidad física y emocional (Acevedo & Aron, 2009). Esta estructura dinámica como lo es una relación romántica, puede generar un "amor maduro" o un "amor inmaduro". Curtis (1983) sugiere que los elementos del amor maduro son: (1) necesitar, (2) cuidar, (3) el romance y (4) el compañerismo. El amor romántico maduro ayuda a crear un entorno que permite el crecimiento mutuo entre los amantes. Cada individuo en una unidad diádica saludable puede sentirse motivado a adquirir una educación adicional, ganar más dinero y lograr un mayor conocimiento de sí mismo que le permitirá generar una mejor interacción en su relación, lo cual puede aumentar la auto-estima y el bienestar de cada integrante de la diada (Acevedo & Aron, 2009 y Peele & Brodsky, 1975).

Por el contrario el amor romántico inmaduro tiende a crear una mala adaptación social al medio ambiente. Curtis (1983) sugiere que los elementos del amor inadaptativo son: (1) el poder, (2) la posesión, (3) la protección, (4) la compasión, y (5) la perversión. En este tipo de amor quedan implicadas características tales como obsesiones (p.e.,





relativas a la posible falta de fidelidad de la pareja, o sobre la necesidad apremiante de estar en su vida), la incertidumbre (p.e., como si la relación puede terminar en cualquier momento) y la ansiedad relacionada (Acevedo & Aron, 2009 y Peele & Brodsky, 1975). Este tipo de amor promueve la percepción de que el amor es ciego, externo y fuera de control (Levesque, 1993; Nolla, 2005; Schaeffer, 2000; Simon, 1982, Weiss & Schneider, 2006).

Este tipo de amor inmaduro es también equiparable con el amor “deficiente” de Maslow (1954) quien refiere que este amor es parecido a una adicción, en donde las personas buscan una relación por las carencias individuales. Así este tipo de amor se evoca en la literatura a lo propuesto por Mellody y Wells (1997), Howard (2001) Retana Franco (2004)- denominado adicción al amor ya que conforma un patrón de comportamiento recurrente en el que las personas al principio reportan experimentar sentimientos de placer y pensamientos obsesivos de intenso anhelo de unión continua con un objeto de amor (Fisher, 2006; Yoder, 1990), posteriormente los ciclos de euforia y deseo son seguidos por consecuencias negativas y devastadoras (Fisher, 2006; Miller, 1987; Schaefer, 1987; Sussman & Ames, 2008).

Un elemento clave de la adicción al amor es la creencia de que, de alguna manera, este tipo de amor es mágicamente potente, que con estas relaciones se pueden superar todos los obstáculos emocionales (Peele & Brodsky, 1992). Por ello es difícil llegar a creer que el amor llegue a convertirse en una adicción, no obstante, al ser un sentimiento tan poderoso que mueve al ser humano a la búsqueda de compañía y cariño, puede llegar a acarrear que en ese intento, en esa búsqueda él ser humano intente cubrir necesidades no satisfechas y así evitar el temor o el dolor emocional, buscar la solución de sus problemas (Schaeffer, 2000). Pero ¿Cómo es que no todas las personas caen en este tipo de padecimiento? ¿Qué aspectos de la interacción podrían crear un amor adictivo? Al intentar responder estas preguntas es que surge la presente investigación la cual intentó en primer término a partir de la literatura, predominantemente de libros de auto-ayuda y de terapeutas, se extrajo una definición, se crearon instrumentos para evaluarlo, con lo que se intenta realizar un estudio sistemático del amor adictivo; un





segundo intento fue encontrar cuales de los rasgos de personalidad que los autores refieren que tienen las personas adictas al amor, realmente tienen y esto se llevo a cabo por medio de lo reportado en sus historias con su familia de origen, su pareja y sus amigos. Una vez que se tenían estos rasgos se procedió a indagar si es que las personas podrían tener cierto perfil de personalidad, encontrándose que al menos en la muestra mexicana si existen cuatro perfiles claros y finalmente se evaluó la relación que tiene el amor adictivo con el apego y el compromiso, encontrándose que solo existe relación con el apego.

Una de las primeras cosas que se encontraron al estudiar al amor adictivo, es que a lo largo del tiempo en el estudio del amor existen muchas y muy variadas teorías (p.e. Amor Humanista de Maslow, 1954; Teoría de la trampa-interrupción de Berscheid, 1983; Teoría biológica-evolutiva de Buss, 1988; -Amor como Apego de Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988; Teoría Triangular del Amor de Sternberg, 1986; Teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de Díaz Loving, 1999) que intentan comprenderlo y explicarlo. Al realizar un análisis de ellas se encontró que en al menos nueve teorías se hace referencia a un tipo de amor que podría ser catalogado como adictivo.

En 1954 Maslow es el primero que hace mención a un amor adictivo cuando en su teoría de amor humanista hace una distinción entre el amor b y amor d, siendo en este último en el que las personas buscan el amor solo por carencias individuales; en 1970 Fromm en su teoría humanista menciona que el amor es la única vía por la cual las personas pueden superar la sensación de angustia, aislamiento y desvalidez-, cuando no se logra se puede caer en relaciones insanas. En este mismo año, en la dicotomía del amor y el cariño Rubin plantea que para que una relación sea sana debe de haber un equilibrio entre tres aspectos (necesidades de afiliación/de dependencia, predisposición a ayudar, y exclusividad/absorción) si esto no se da, se crea una relación insana.

Unos años después Solomon y Corbit (1974) en su teoría de los procesos opuestos refieren que el ser humano lo único que busca en la vida es placer y se entiende pues que la búsqueda de placer es lo que subyace a todas las adicciones entre ellas el amor. Años después Aron, A. y Aron, E. (1986) refieren que el amor se basa en la expansión de





la identidad ya que se crea la inclusión del otro dentro de uno mismo y en este proceso se generaría una relación insana si lo que pasa es que no se incluya al otro sino que se engulla al otro; en este mismo año Sternberg en su teoría triangular (intimidad, pasión y compromiso) describe que la combinación de estos componentes puede dar una relación poco saludable. Shaver, Hazan y Bradshaw (1988) ven el amor adulto como una forma de apego y encuentran que en las relaciones adultas las personas intentaran cubrir las necesidades que no fueron satisfechas en la niñez. Beach y Tesser (1988) en su teoría del amor marital, considera igual que Sternberg que el amor se forma de diferentes componentes que tienen que tener un equilibrio. En México Díaz Loving (1999) plantea la teoría bio-psico-socio-cultural en el que se pueden abarcar varios aspectos para considerar una relación sana o enferma.

El que en la literatura se mencionen componentes que podrían generar la adicción al amor es algo significativo, pero el que nadie se haya dado a la tarea de evaluar cómo es que se generan estas relaciones es un punto importante que esta investigación trata de realizar.

Se puede encontrar pues que la relación de pareja, engendra dilemas y paradojas, quizá el punto crucial de ellos, es la contradicción e interpretación ente intimidad-soledad, dependencia-independencia, fusión-individualidad, seguridad-libertad. El sentimiento amoroso genera ciertas necesidades de la otra persona, la cual en virtud de esto, va adquiriendo determinado poder. Así, junto a la propia vivencia de acercamiento origina la necesidad del otro, se genera cierto temor e incomodidad emocional hacia el poder que el otro va logrando, hacia el hecho de poner el propio destino en sus manos, con la consiguiente vivencia de dependencia que ello crea.

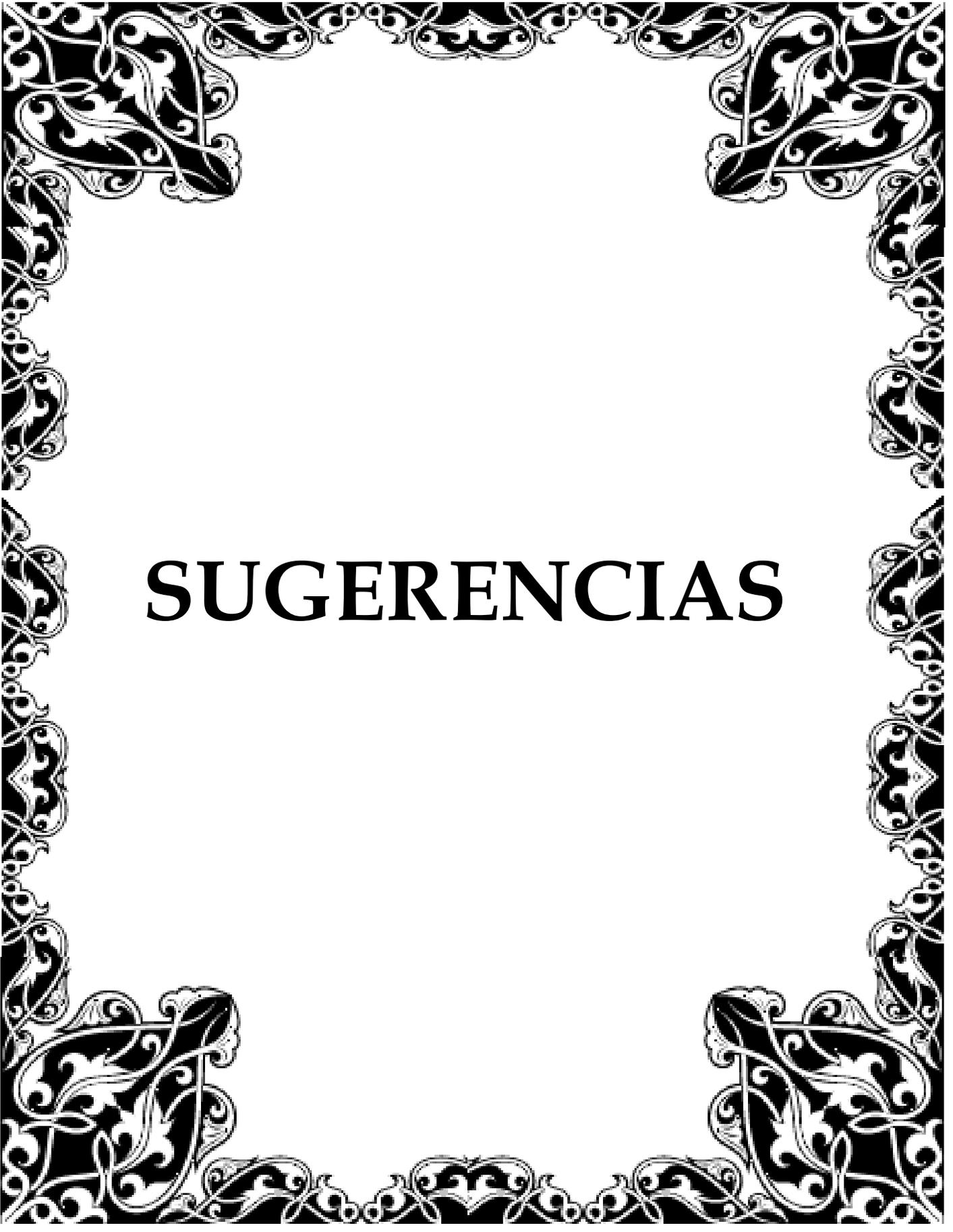
El conocer cuál es el papel que juegan la personalidad en los adictos y cuáles características poseen y en qué medida las tienen era un punto importante en la investigación, así como evaluar cuáles de ellas predisponen a las personas a ser adictas, ya que se intenta dar luz sobre la temática y así identificar en qué áreas (p.e. auto-estima, auto-concepto y regulación emocional) es necesario trabajar para mejorar las habilidades sociales e interpersonales para que sean adecuadas y adaptativas en las





relaciones de pareja (Sánchez Aragón, 2010) que servirán para optimizar los recursos socio-emocionales. Trabajar con aspectos familiares que son decisivos en la formación de vínculos disfuncionales, así como generar una confrontación de la idealización que se tiene de las relaciones de pareja. Para esperar que las relaciones se vivan como un vínculo maduro que lo define Fernández-Rius (2003) como aquel en el que se logra la interdependencia, en donde el sujeto logra preservar su identidad y configurar a la vez una nueva identidad o espacio común, donde se satisfacen los propios deseos y se incorporan en ellos las prioridades del otro. Las personas pueden estar solas, aunque decidan una dependencia relativa en la unión, son capaces de compartir decisiones, acuerdos, satisfacer necesidades de ambos, no competir, respetar la individualidad, dignidad e intimidad del otro. En este tipo de vínculo, se evitan las pretensiones de cambiar al otro desde el poder o la exigencia y se busca la decisión de cada uno y la redimensión de ambos, en cuanto a las necesidades y se fomenta así, la auto-realización.





SUGERENCIAS



LA FUSIÓN DE DOS PERSONAS EN UNA
DA COMO RESULTADO DOS MEDIAS PERSONAS.

WAYNE W. DYER

NOS HICIERON CREER QUE CADA UNO DE NOSOTROS
ES LA MITAD DE UNA NARANJA
Y QUE LA VIDA SOLO TIENE SENTIDO
CUANDO ENCONTRAMOS LA OTRA MITAD.
NO NOS CONTARON QUE YA NACEMOS ENTEROS,
QUE NADIE EN NUESTRA VIDA MERECE CARGAR EN LAS ESPALDAS,
LA RESPONSABILIDAD DE COMPLETAR LO QUE NOS FALTA

JOHN LENNON





Varios aspectos deben ser considerados al interpretar los resultados de esta investigación. En primer lugar, se debe tener cuidado al generalizar los resultados a la población en general debido a las características demográficas de esta muestra. Aunque se intentó tener participantes en un nivel amplio en lo que respecta a nivel educativo y la edad, la muestra solo fue tomada de la Ciudad de México y las edades fueron muy variadas; por lo que sería conveniente tener grupos de edad y mucho mayor número de adictos.

Se necesita investigación adicional para examinar la relación entre las características de personalidad, apego, compromiso y adicción al amor tomando en cuenta diferentes características demográficas.

La presente investigación empleó un diseño transversal, por lo que los resultados proporcionan una "fotografía" de cómo se relacionan las variables, pero no pueden proporcionar información sobre la manera en la cual afecta el tiempo a las variables estudiadas.

Este estudio estuvo limitado por el uso exclusivo de cuestionarios de auto-informe para la recolección de datos, y aunque han demostrado ser fiables en el estudio de la personalidad se podrían utilizar otro tipo de metodologías señalado por otros investigadores para medir el comportamiento, como podrían ser informes de observación y entrevistas a profundidad para medir la adicción al amor.

El estudio se hizo solo con un integrante de la díada y sería importante evaluar cómo es la interacción de los dos miembros, para que este tipo de relación se mantenga, además sería importante evaluar otras variables como podrían ser violencia, poder, expectativas y celos.





REFERENCIAS



**ES UN BUEN LIBRO AQUEL QUE SE ABRE
CON EXPECTACIÓN Y SE CIERRA CON PROVECHO.**

BRONSON ALCOTT

**DE LOS DIVERSOS INSTRUMENTOS INVENTADOS POR EL HOMBRE,
EL MÁS ASOMBROSO ES EL LIBRO;
TODOS LOS DEMÁS SON EXTENSIONES DE SU CUERPO...
SÓLO EL LIBRO ES UNA EXTENSIÓN DE LA IMAGINACIÓN Y LA MEMORIA.**

JORGE LUIS BORGES.





- Abrahamson, L., Seligman, Y. & Teasdale, M. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love? *Review of General Psychology*, 13, 59-65.
- Acker C. J. (1993). A Historical examination of the social potential of addiction disease models. *Journal of Psychactive Drugs*, 25(3), 193-205.
- Ackerman, J. M. & White, F. J. (1992). Decreased activity of rat A10 dopamine neurons following withdrawal from repeated cocaine. *European Journal Pharmacology*, 218, 171-173.
- Acquas, E. & Di Chiara, G. (1992). Depression of mesolimbic dopamine transmission and sensitization to morphine during opiate abstinence. *Journal of Neurochemical*, 58, 1620-1625.
- Adams, J. M. & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1177-1196.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 3-30). New York: Basic Books.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2(1), 37-44.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 305-328.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11- 39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Alberoni, F. (1997). *El primer amor*. Madrid: Gedisa.
- Alburges, M. E., Narang, N., & Wamsley, J. K. (1993). Alterations in the dopaminergic receptor system after chronic administration of cocaine. *Synapse*, 14, 314-323.
- Allport, G.W., & Odbert, H.S. (1936). Trait names: a psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47, 211-220.



- Alonso- Fernández, F. (1996): *Las otras drogas, alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Madrid. Temas de Hoy.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. España: Tea Ediciones, S.A.
- Altman, I. (1975). *The environment and social behavior*. California: Brooks-Cole.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Andersen, J.F., Andersen, P.A. & Jensen, A.D. (1979). The measurement of nonverbal immediacy. *Journal of Applied Communication Research*, 7, 153-180.
- Anderson, C. A., & Riger, A. L. (1991). A controllability attributional model of problems in living: Dimensional and situational interactins in the prediction of depression and leneliness. *Social Cognition*, 9, 149-181
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: the experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42.
- Arnold, W. & Meili, R. (1979). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Rioduero.
- Aron, A., & Aron, E. (1986). *Love and the expansion of self: Understanding attraction and satisfaction*. New York: Hemisphere.
- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612.
- Asberg, M., Montgomery, S.A. & Peris, C. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatric Scand*, 271, 5-9.
- Avelarde Barrón, M.P. (2001). *El compromiso en la relación de pareja*. (Tesis no publicada de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Babbitt, T., Rowland, G., & Franken, R. (1990). Sensation seeking: Preoccupation with diet and exercise regimens. *Personality and Individual Differences*, 11, 759-761.
- Bagozzi, R. P. (1993). Assessing Construct Validity in Personality Research: Applications to Measure Self-Esteem. *Journal of Research in Personality*, 27, 49-87.
- Baldwin, M.W., Fehr, B., Keedian, E., Siedel M., & Thomson, D.W. (1993). An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches. *Personality and Social Psychology Bullely*, 19, 746-754.
- Balkaya, F. & Sahin, N.H. (2003). Multidimensional anger scale. *Turk Psikiyatri Derg*, 14(3), 192-202.
- Bandura, A. & Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social learning and Personality Development*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.





- Bandura, A. (1985). Model of casuality in social learning theory. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 81-99). Nueva York: Plenum.
- Barajas M. M. W. (2006). *Estilos e amor y su relación con la depresión, enojo y ansiedad*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Barnetche de Castillo, M.E., Barnetche de Maqueo, E.M. y Prieto de Martínez Báez, T. (2000). *Quiero ser libre. De la codependencia*. México: Editorial Promexa.
- Barratt, E.S. & Patton, J.H. (1983). Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In M. Zuckerman (Ed.). *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety*. New Jersey: LEA.
- Barrón, P. E., Mateos, A. M. & Martínez, V. I. (2004). Temperamento y carácter en adictos a cocaína y a opiáceos. *Adicciones: Revista de soci drog alcohol*, 16 (4), 287-294.
- Bartels, A. & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Bartels, A. & Zeki, S., (2000). The neural basis of romantic love. *NeuroReport*, 11(17), 3829-3834.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 23-53.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70(3), 249-263.
- Bartholomew, K., Kwong, M. J. & Hart, S. D. (2001). Attachment. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp. 196-230). New York: Guilford Press.
- Bassareo, V. & Di Chiara, G. (1999). Differential responsiveness of dopamine transmission to food-stimuli in nucleus accumbens shell/core compartments. *Neuroscience*, 89, 637-641.
- Baumeister, R. F. & Dhavale, D. (2001). Two sides of romantic rejection. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection*. (pp. 55-72). New York, NY: Oxford University Press.
- Baumeister, R.F., & Wotman, S.R. (1992). *Breaking Hearts: The Two Sides of Unrequited Love*. New York: Guilford Press.
- Beach, S. & Tesser, A. (1988). Love in Marriage: A Cognitive Account. In R. Sternberg & M. Barnes, (Eds.). *The Psychology of Love*. New Haven: Yale University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Londres: International Universities Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trextler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 368-375.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.





- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Becker, TE, Billings, RB, Eveleth, DM, & Gilbert, NW (1997). Validity scores on three attachment style scales: Exploratory and confirmatory evidence. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 477-493.
- Becoña, E. (2005). *Saber para vivir*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Bednar, R., Wells, G. & Peterson, S. (1989). *Self-Esteem. Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. APA. Washington De.
- Beier, E. G. & Sternberg, D. P. (1977). Marital communication: Subtle cues between newlyweds. *Journal of Human Communication*, 27, 92-97.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del inventario de creencias obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, (2) 235-250.
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth and Society*, 36, 418-444.
- Beninger, R. J. & Miller, R. (1998). Dopamine D1-like receptors and reward-related incentive learning. *Neuroscience Biobehavior Review*, 22, 335-345.
- BenZe's, A. (1997). Emotions and morality. *Journal of Value Inequity*, 31, 195-212
- Ben-Ze'ev, A. & Goussinsky, R. (2008) *In the Name of Love: Romantic Ideology and Its Victims*. Oxford University Press, USA
- Berglind, W. J., Case, J. M., Parker, M. P., Fuchs, R. A. & See, R. E. (2006). Dopamine D1 or D2 receptor antagonism within the basolateral amygdala differentially alters the acquisition of cocaine-cue associations necessary for cue-induced reinstatement of cocaine-seeking. *Neuroscience*, 137, 699-706.
- Berkowitz, L. (1996). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. New York: McGraw-Hill.
- Berrios, G. E. et al. (1992). Feelings of guilt in major depression: conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*, 160, 781-787.
- Berscheid, E. (1983). Emotion. In H. H., Kelley, E., Berscheid, A., Christensen, J. H., Harvey, T. L., Huston, G., Levinger, E., McClintock, L. A. Peplau, & D. R. Peterson, (Eds.). *Close Relationships* (pp.110-168). New York: W. H. Freeman.
- Bishop, M. P. Elder, S.T. & Health, R.G. (1963). Intracranial self-stimulation in man. *Science*, 140, 394-396.
- Blackburn, R. (1994). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Blum, L. (1980). *Friendships, Altruism and Morality*. London: Routledge & Kegan
- Boileau, I., Assaad, J. M., Pihl, R. O., Benkelfat, C., Leyton, M., Diksic, M. et al. (2003). Alcohol promotes dopamine release in the human nucleus accumbens. *Synapse*, 49, 226-231.





- Bolinches, F., De Vicente, P., Reig, M.J., Haro, G., Martínez-Raga, J. & Cervera, G. (2003). Emociones, motivación y trastornos adictivos: un enfoque biopsicosocial. *Trastornos Adictivos*, 5, 335-345.
- Bolles, R. C. (1975). *Theory of motivation*. New York: Harper Row.
- Bordet, R., Ridray, S., Carboni, S., Díaz, J., Sokoloff, P. & Schwartz, J. C. (1997). Induction of dopamine D3 receptor expression as a mechanism of behavioral sensitization to levodopa. *Proc Natl Acad Sci USA*, 94, 3363-3367.
- Bornstein, R.F., Geiselman, K.J., Eisenhart, E.A. & Languirand, M.A. (2002). Construct validity of the Relationship Profile Test: links with attachment, identity, relatedness, and affect. *Assessment*, 9 (4), 373-381.
- Bowers, M. S., McFarland, K., Lake, R. W., Peterson, Y. K., Laphish, C.C., Gregory, M.L. et al. (2004). Activator of G protein signalling 3: a gatekeeper of cocaine sensitization and drug seeking. *Neuron*, 42, 269-281.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory, II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210 and 421-431.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982a). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (4): 664-78.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *El vínculo afectivo*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2: La separación*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bradberry, C.W., Barrett-Larimore, R.L., Jatlow, P. & Rubino, S.R. (2000). Impact of self-administered cocaine and cocaine cues on extracellular dopamine in mesolimbic and sensorimotor striatum in rhesus monkeys. *Journal Neurosci*, 20, 3874-3883.
- Bradley, J. M., & Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3(2), 200-221.
- Bradshaw, J. (1988). *Healing the Shame That Binds You*. Florida: Health Communication.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2003). *Cómo mejora su autoestima*. México: Paidós.
- Brennan, K.A., & Shaver, P. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-284.
- Brislin, R. (2000). *Understanding cultures influence on behavior*. Toronto: Thomson Learning.
- Buss, A. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.





- Buss, A. H., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Buss, D. (1988). Love Acts. En R. Sternberg & M. Barnes (Eds.). *The Psychology of Love*, (s.p.). New Haven: Yale University Press.
- Buss, D. (1995). *La evolución del deseo: estrategias del emparejamiento humano*. Alianza: Barcelona.
- Bybee, J. (1998). *Guilt and children*. San Diego: Academic Press.
- Cabal Bravo, J. C. (1989). Rasgos psicopáticos en pacientes herotomaniacos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 17, 3 161-167.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Buela, C. G. & Carboles, J. A. (1995). *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Cador, M., Bjjjou, Y. & Stinus, L. (1995) Evidence of a complete independence of the neurobiological substrates for the induction and expression of behavioral sensitization to amphetamine. *Neuroscience*, 65, 385-395.
- Cador, M., Bjjjou, Y., Cailhol. S. & Stinus, L. (1999) Damphetamineinduced behavioral sensitization: implication of a glutamatergic medial prefrontal cortexventral tegmental area innervation. *Neuroscience*; 94, 705-721.
- Calderón N., G. (1999). *Depresión*. México: Trillas.
- Cameron, N. (1982). *Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad*. México: Trillas.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (2005). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Canary, D. J. & Stafford, L. (1992). Relational Maintenance Strategies and Equity in Marriage. *Communication Monographs*, 59, 243-267.
- Cañetas, Y. E. M. (2000). *Desarrollo y validación de un instrumento multifactorial de satisfacción marital*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Capriles, N., Rodaros, D., Sorge, R. E. & Stewart, J. (2003). A role for the prefrontal cortex in stress- and cocaine-induced reinstatement of cocaine seeking in rats. *Psychopharmacology*, 168, 66-74.
- Cardinal, R. N., Parkinson, J. A., Hall, J. & Everitt, B. J. (2002). Emotion and motivation: the role of the amygdala, ventral striatum, and prefrontal cortex. *Neuroscience Biobehavior Review*, 26, 321-352.
- Carlezon, W. A. Jr. & Wise, R. A. (1996). Rewarding actions of phencyclidine and related drugs in nucleus accumbens shell and frontal cortex. *Journal of Neurosciences*, 16, 3112-3122.
- Carlson, J. C., & Hatfield, E. (1992). *Psychology of emotion*. Texas: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis, MN: Compcare.
- Carnes, P. J. & Kenneth M. A. (2002). *Clinical Management of Sex Addiction*. New York: Brunner Routledg.





- Carrión García, M. A., López Barón, F. & Pando Moreno, M. (2007). *Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el trabajo IVAPT-E-R*. Mollet del Valles: Asociación de Expertos en Psicología Aplicada – AEPA.
- Carroll, J., Yik, M., Russell, J. & Keldman, L. (1999). On the Psychometric Principles of Affect. *Review General Psychology*, 3, 14-22.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casares, S. J. (2001). *Diccionario Ideológico De La Lengua Española*. España: Editorial Gustavo Gili.
- Caspi, A., Roberts, B. & Shiner, R. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Castelló, J. (2000). *Análisis del concepto "dependencia emocional"*. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm
- Castner, S. A., Vosler, P.S. & Goldman-Rakic, P. S. (2005). Amphetamine sensitization impairs cognition and reduces dopamine turnover in primate prefrontal cortex. *Biological Psychiatry*, 57, 743-751.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476-506.
- Charlebois, P., Tremblay, R.E., Larivee, S. & Cagnon, C. (1988). The perception of trade socioaux in father-daughter relationships: "The Role Behavior Test" applications has a Francophone population. *Revue de Psychologie Appliquée*, 38, 1-13.
- Chen, J. C., Su, H. J., Huang, L. I. & Hsieh, M. M. (1999). Reductions in binding and functions of D2 dopamine receptors in the rat ventral striatum during amphetamine sensitization. *Life Sci*, 64, 343-354.
- Chóliz, M. (2006). Adicción al juego: sesgos y heurísticos implicados en los juegos de azar: *Revista española de Drogodependencias*, 31, 173-184.
- Ciccocioppo, R., Sanna, P. P. & Weiss, F. (2001). Cocaine-predictive stimulus induces drug-seeking behavior and neural activation in limbic brain regions after multiple months of abstinence: reversal by D (1) antagonists. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 98, 1976-1981.
- Cisnero Rivera, C. (2001). Neurobiología de las adicciones. *Avances*, 8(2), 78-89.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Clark, L.A., Watson, D. & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4, 167-226.





- Cloninger, C. R. (1987a). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Sciences*, 236, (4), 410-416.
- Cloninger, C. R. (1987b). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1987c). *The tridimensional personality questionnaire: Version 4*. St. Louis, MO: Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use* (1st ed.). St. Louis, MO: Center of Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal, *Journal of Personality Disorders*, 14, 99-108.
- Cocores, A.J. (1987). Co Adiction. A silent epidemic. *Psychiatric Letter. Fair Oaks Hospital*, 5(2), 5-8.
- Coleman, V. (1988). *Adictos y adicciones*. Editorial Grijalbo
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Collins, N., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 53-90). London: Jessica Kingsley.
- Comings, D. E. & Blum, K. (2000). Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res*, 126, 325-41.
- Comings, D. E., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., Muhleman, D., ChiuC et al. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6, 223-234.
- Cooper, J. & McNeill, J. (1968). A study of house-proud housewives and their interaction with their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, 173-188.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.
- Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K, & Albino, A.W. (2003). Personality and the generalized predisposition to risk-taking during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco, CA, USA: W.H. Freeman & Company.
- Coopersmith, S. (1975). *Coopersmith Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Corominas, J. (1961). *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Gredos.
- Corominas, M., Roncero, C., Burguera, E. & Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44 (1), 23-31.
- Corral, P. (1994). Transtorno antisocial de la personalidad. En E. Echeborúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.





- Corsi, J. (comp.) (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665.
- Cowan, C. & Kinder, M. (1987). *Women men love women men leave. What makes him want to commit?* New York: Penguin Putnam, Inc.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1964). *The Approval Motive*. New York: John Wiley & Sons.
- Cruz Manjarrez Mendoza, L. L. (1998). *Relación entre el afrontamiento ante el hacinamiento y la experiencia de soledad*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Cummings, L.L. & Bromiley, P. (1996). The organizational trust inventory (OTI)", in Kramer, R.K., Tyler, T.R. (Eds). *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Dainton, M., & Stafford, L. (1993). Routine maintenance behaviors: A comparison of relationship type, partner similarity, and sex differences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 255-272.
- Daitzman, R. J., Zuckerman, M., Sammelwitz, P.H. & Ganjan, V. (1978). Sensation seeking and gonadal hormones. *Journal of Bioscience*, 10, 401-408.
- Dalley, J.W., Fryer, T. D., Brichard, L., Robinson, E.S., Theobald, D. E., Lääne, K... Robbins, T. W. (2007). Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*. 315(5816):1267-70.
- Damon, W. (Ed.) (1998). *Manuales de psicología del niño: quinta edición* (Vols. 1- 4). Nueva York: Juan Wiley e Hijos.
- David, D., Zahniser, N.R., Hoffer, B.J., & Gerhardt G.A. (1998). In vivo electrochemical studies of dopamine clearance in subregions of rat nucleus accumbens: differential properties of the core and shell. *Exp. Neurol.*, 153, 277-286.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Davila, J., Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 5, 467-484.
- De Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2002). The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 991-1002.
- Delgado, J. M. & Mora, F. (1998). Emoción y motivación. Sistema límbico. En J. M. Delgado, A. Ferrús, F. Mora, F. Rubia (Eds). *Manual de Neurociencia* (pp. 892-911). Madrid: Síntesis.
- Deren, D. (1996). *What is depression?* *Medical Encyclopedia*. Recuperado de <http://www.drkoop.com/ency/93/001518.html>
- Di Chiara, G. & Imperato, A. (1986). Preferential stimulation of dopamine release in the nucleus accumbens by opiates, alcohol, and barbiturates: studies with transcerebral dialysis in freely moving rats. *Ann N Y Acad Sci*, 473, 367-381.





- Di Chiara, G., Tanda, G., Bassareo, V., Pontieri, F., Acquas, E., Fenu, S. et al. (1999). Drug addiction as a disorder of associative learning: role of nucleolus accumbens shell/extended amygdala. In McGinty J, ed. *Advancing from the ventral striatum to the extended amygdala*. New York: Annals NY Academy Sci.
- Diamond, L. M. (2004). Emerging perspectives on distinctions between romantic love and sexual desire. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 116-119.
- Diana, M., Pistis, M., Carboni, S., Gessa, G. L. & Rossetti, Z. L. (1993). Profound decrement of mesolimbic dopaminergic neuronal activity during ethanol withdrawal syndrome in rats: electrophysiological and biochemical evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 90, 7966-7969.
- Díaz Guerrero, R. & Spielberger, D.C. (1975) *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Díaz Loving, R. (1999). *Antología Psicosocial de la Pareja*. México: Porrúa
- Díaz Loving, R. & Andrade Palos, P. (1984) Una escala de locus de control para niños mexicanos *Revista Interamericana de Psicología*, 18(1-2), 21-33.
- Díaz Loving, R. y Sánchez Aragón, R. (2002). *Psicología del Amor: Una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Barriga, S.L. y Souza-Machorro, M. (2003). Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. *LiberAddictus* 69, s/p.
- Díaz-Loving, R. (1996). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. *Psicología Contemporánea*, 3(1), 18-29.
- Diccionario de la Real Academia Española* (2001). 22a ed., Madrid: Espasa Calpe.
- Dickman, S. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
- Dickman, S.J. (1993). Impulsivity and information processing. En W.G. McCown, J.L. Johnson y M.B. Shure (Eds.). *The impulsive client: Theory, research and treatment* (pp. 151-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., Larsen, R.J., Levine, S. & Emmons, R.A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1253-1265.
- Dion, K. & Berscheid, E. (1974). Physical attractiveness and peer perception among children. *Sociometry*, 37(1), 1-12.
- Djouma, E. & Lawrence, A. J. (2002). The effect of chronic ethanol consumption and withdrawal on mu-opioid and dopamine D(1) and D(2) receptor density in Fawn-Hooded rat brain. *Journal Pharmacology Experimental Therapy*, 302, 551-559.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-182.
- Drigotas, S. M., & Rusbult, C. E. (1992). Should I stay or should I go?: A dependence model of breakups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 62-87.





- Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1997). El golpeador. Un perfil psicológico. Buenos Aires. Paidós.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2002): Violencia en la pareja. En J. Urra (Ed.). *Tratado de psicología forense*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E. & Elizondo, M. (1988). Estilo atribucional y locus de control en una muestra de alcohólicos anónimos. *Revista Vasca de Psicología*, 1, 71-78.
- Echeburúa, E. (1996). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 905-929.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. & Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid. Pirámide.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual review of psychology*, 51, 665-697.
- Elison, J., Pulos, S. & Lennon, R. (2006). Shame-focused coping: An empirical study of the Compass of Shame. *Social Behavior and Personality*, 34(2), 161-168.
- Elison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006). Shame-focused coping: An empirical study of the Compass of Shame. *Social Behavior & Personality*, 34, 161-168.
- Elkins, G.R. & Smith, D. (1979). Meaning and measurement of love: A review of humanistic and behavioral approaches. *The Humanist Educator*, 18(1), 7-14.
- Ellingson, J.E., Smith D.B. & Sackett, P.R. (2002). Investigating the influence of social desirability on personality factor structure. *Journal of Applied Psychology*, 86, 122-133.
- Ellis, A. (1983). Failures in rational-emotive therapy. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 159-171). New York: Wiley.
- Elster J. (2002). *Sobre las emociones: emoción, adicción y conducta humana*. Barcelona: Paidós.
- Encuesta Nacional Contra las Adicciones (ENA)*. (1998). Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Encyclopedia Britanica* (1985): 29 vols. 15ª. Edición. Universidad de Chicago.
- Enriquez, S. A. (1997). *Estrés: cómo aprender en la encrucijada*. Madrid: Olalla.
- Erickson, E. H. (1950/1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Home.
- Ericson, M., Molander, A., Lof, E., Engel, J. A. & Soderpalm, B. (2003). Ethanol elevates accumbal dopamine levels via indirect activation of ventral tegmental nicotinic acetylcholine receptors. *European Journal Pharmacology*, 467, 85-93.
- Esbaugh, D. M. (1982). Typological analysis of MMPI personality pattern of drug dependence females. *Journal of Personality Assesment*, 46(5) 488-494.
- Esbensen, F. A. & Elliot, D. S. (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. *Journal Drug Issu*, 24(1), 75-79.
- Everitt, B. J. & Wolf, M. E. (2002). Psychomotor stimulant addiction: a neural systems perspective. *Journal Neuroscience*, 22, 3312-20.



- Everitt, B. J., Parkinson, J. A., Olmstead, M. C., Arroyo, M., Robledo, P. & Robbins, T. W. (1999). Associative processes in addiction and reward. The role of amygdala-ventral striatal subsystems. *Ann N Y Acad Sci*, 877, 412-38.
- Eysenck, B.G., Pearson, P.R., Easting, G. & Allsop, J.F. (1985). S.B.G. Eysenck, P.R. Pearson, G. Easting and J.F. Allsopp, Age norms for impulsiveness, venturesomeness, and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1985). *Personality and Individual Differences*. Plenum Press, New York.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, S. B. G. Eysenck, H. J.; y Barrett, P. (1985). A revised version of Psychoticism scale. *Personality and individual differences*, 6, 21-29.
- Eysenck, S. B. G., Pearson, P. R., Easting, G., & Allsopp, J. F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness, and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619.
- Eysenck, S. B. G. & Mc Gurk, B.J. (1980). Impulsiveness and venturesomeness in a detention center population. *Psychological Report*, 47, 1299-1306
- Fantín, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18, 285-292.
- Farberow, N. (1984). *The Many Faces of Suicide: Indirect Self-destructive Behavior*. Nueva York, Estados Unidos. Mc Graw- Hill Book Comapany.
- Feeney, A., McGee, H. Holohan, T. & Shannon, W. (2000). *Health of Hostel-Dwelling Men in Dublin*. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland and Eastern Health Board.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships*, 1, 333-348.
- Feeney, J.A. & Noller, P. (1991). Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 187-215.
- Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment Styles as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Feeney, J.A., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London: Sage.
- Ferguson, T.J. & Crowley, S.L. (1997). Measure for measure: A multitrait- Multimethod analysis of guilt and shame. *Journal of Personality Assessment*, 69(2), 425-441.
- Fernández Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. (2 vol.).Madrid: Pirámide
- Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En F. Palmero & E. G. Fernández Abascal. (Coord.), *Emociones y Salud* (pp. 5-18). Barcelona: Ariel
- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadoicción. *Revista de Neurología*, 34, 659-664.





- Fernández-Montalvo J. & Echeburua E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of personality disorders*, 18(5): 500-505.
- Fernández-Rius, L. (2003). *Personalidad y relaciones de pareja*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison Wesley. USA.
- Fisher, H. (2000). *El primer sexo*. Madrid: Taurus.
- Fisher, H. (2004). *Por que amamos naturaleza y química del amor romántico*. México: Taurus.
- Fisher, H. (2006). *Romance and Sex in Adolescence and Emerging Adulthood: Risks and Opportunities*. A Booth and C Crouter (Eds). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Fletcher, G., Simpson, J. A., & Thomas, G., (2000). The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: a confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354.
- Flores, C. & Stewart, J. (2000). Basic fibroblast growth factor as a mediator of the effects of glutamate in the development of long term sensitization to stimulant drugs: studies in the rat. *Psychopharmacology*, 151, 152-165.
- Forward, S. & Craig, B. (2004). *No se obsesione con el amor*. México: Grijalbo.
- Forward, S. (1993). *Cuando el amor es odio*. México: Grijalbo.
- Fowers, B. J. (2000). Beyond the myth of marital happiness. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fowler, C.J.; von Knorring, L. & Oreland, G.L. (1980). Platelet monoamine oxidase activity in sensation seekers. *Psychiatric Research*, 3, 272-279.
- Frank, R. H. (1988). *Passions Within Reason: The strategic role of the emotions*. New York: Norton.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Freud, S. (1923/1953). Contributions to the psychology of love: a special type of choice of objects made by men. En E. Jones (Ed.), *Collected papers* (4) (pp. 192-202). London: Hogarth Press.
- Frosch, I. & Wortis, S. (1996). A contribution to the nosology of impulsive control. *American Journal Psychiatry*, 3, 132-138.
- Galán Rodríguez, A. & Perona Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13, 563-570.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.
- García-Andrade, J. A. (1993). *Psiquiatría forense*. Madrid. Fundación Ramón Areces.
- García-León et al. (2004). Una revisión de algunos auto-informes para la medida del constructo hostilidad/ira/agresión (HIA). *Ansiedad y Estrés*, 10, 9-109.





- Garnica, O. E. R. (2006). *Culpa y vergüenza hacia la propia sexualidad: un estudio comparativo homosexuales vs. heterosexuales*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Garrido, V. (2000). *El psicópata*. Valencia: Algar.
- Gayol, G.N. & Lira, L.R. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25(2), 38-48.
- George, C, Kaplan, N, & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70(4), 1205.
- Gill, H., Boies, K., Finegan, J. & McNally, J. (2005). Antecedents of trust: Establishing a boundary condition for the relation between propensity to trust and intention to trust. *Journal of Business and Psychology*, 19, 287-302.
- Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., De Paz, J., Barbosa, M., Macías-Fernández, J.A., Maniega, M.A., Rami-González, L. & Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*, 36(4), 361-365.
- Goddard, H. W. (2007). *Commitment in healthy relationships*. *The Forum for Family and Consumer Issues* [On-line], 12 (1). Recuperado <http://ncsu.edu/ffci/publications/2007/v12-n1-2007-spring/index-v12-n1-may-2007.php>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. et al. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.
- Goldstein, R. Z., Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G. J., Fowler, J. S., Depue, R. A. et al. (2002). The orbitofrontal cortex in methamphetamine addiction: involvement in fear. *Neuroreport*, 13, 2253-2257.
- Gómez Sanabria, A., Gala León, F. J., Lupiani Giménez, M.; Bas Sarmiento, P., Guillén Gestoso, C. & González, Rodríguez, R. (1998). Aspectos cognitivos de la codependencia: Un estudio comparativo. *V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*.
- Gonzalez-Ibanez A, Mora M, Gutierrez-Maldonado J, Ariza, A. & Lourido-Ferreira, M.R. (2005). Pathological Gambling and Age: Differences in personality, psychopathology, and response to treatment variables. *Addictive behaviors*, 30(2), 383-388.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II Validity. *Archive of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodwin, R. (2000). *Personal relationships across cultures*. London: Routledge.
- Goossop, M. & West, R. (1994). Comparing drugs of dependence. *Addiction*, 89 (11) 1355-1356.
- Goss, K., Gilbert P. & Allan S. (1994). An exploration of shame measures - I: the other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gottman, J. y Jacobson, N. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona. Paidós.
- Gray, J. (1997). *Mars and Venus on a date*. New York: HarpersCollins.





- Grayson, H. & Tolman, R. (1950). A semantic study of concepts of clinical psychologists and psychiatrists. *Journal of Abnormal Psychology*, 45, 216-231
- Greenfield, D.N. (1999). *Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyber Freaks, and Those who love them*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Grimaldo, M. P. (2003). Validez y confiabilidad de la Escala de Afecto Negativo y Positivo (Spanas). *Cultura*, 21, 341-363.
- Guardia, J., Catafau, A. M., Batlle, F., Martín, J. C., Segura, L., Gonzalvo, B. et al. (2000). Striatal dopaminergic D (2) receptor density measured by [(123)I] iodobenzamide SPECT in the prediction of treatment outcome of alcohol- dependent patients. *American Journal Psychiatry*, 157, 127-129.
- Guilford-Zimmerman, J. P. (1975). Factors and factors of personality. *Psychological Bulletin*, 82(5), 802-814.
- Guillin, O., Díaz, J., Carroll, P., Griffon, N., Schwartz, J. C. & Sokoloff, P. (2001). BDNF controls dopamine D3 receptor expression and triggers behavioural sensitization. *Nature*, 411, 86-89.
- Gutierrez-Baró, E. & Aneiros-Riba, R. (1999). *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del adolescente.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rev. Rockville, MD: U.S. National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch.
- Gwinnell, E. (1999). *El amor en internet*. Barcelona: Paidós.
- Hall, J., Parkinson, J. A., Connor, T. M., Dickinson, A. & Everitt, B. J. (2001). Involvement of the central nucleus of the amygdala and nucleus accumbens core in mediating Pavlovian influences on instrumental behaviour. *European Journal Neurosciencie*, 13, 1984-1992.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-62.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Brithis Journal Psychiatry*, 3, 76-79.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment and relationships of shame and guilt proneness to psychopathology. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.). *Self-conscious emotions: shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York. Gilford Press.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harlow, H.F. & Zimmermann, R.R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.
- Hatfield, E. & Rapson, R. (1993). *Love, sex and intimacy: their psychology, biology and history*. Nueva York: Harper Collins.
- Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1996). Stress and passionate love. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.). *Stress and Emotion: Anxiety, Anger, and Curiosity*, 16, 29-50.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule (revised)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.



- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 336-354). New York: Guilford.
- Heathers, G. (1955). Emotional dependence and independence in nursery school play. *Journal of Genetic Psychology*, 87, 37-57.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Heinz, A. et al (2005). Correlation of alcohol craving with striatal dopamine synthesis capacity and D2/3 receptor availability: a combined [18F]DOPA and [18F]DMFP PET study in detoxified alcoholic patients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1515-1520.
- Heinz, A. et al. (2004). Correlation between dopamine D(2) receptors in the ventral striatum and central processing of alcohol cues and craving. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1783-1789.
- Hendrick, S. S., Hendrick, C. & Adler, N. L. (1988). Romantic relationships: Love, satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 980-986.
- Henry, D. J. & White, F. J. (1995). The persistence of behavioral sensitization to cocaine parallels enhanced inhibition of nucleus accumbens neurons. *Journal Neuroscience*, 15, 6287-6299.
- Henry, D.J., Hu, X.T. & White, F.J. (1998). Adaptations in the mesoaccumbens dopamine system resulting from repeated administration of dopamine D1 and D2 receptor-selective agonists: relevance to cocaine sensitization. *Psychopharmacology*, 140, 233-242.
- Hibbard, S. (1994). An empirical study of the differential roles of libidinous and aggressive shame components in normality and pathology. *Psychoanalytic Pssychology*, 11, 449-474.
- Hildebrand, B. E., Nomikos, G. G., Hertel. P., Schilstrom, B. & Svensson, T. H. (1998). Reduced dopamine output in the nucleus accumbens but not in the medial prefrontal cortex in rats displaying a mecamylamine-precipitated nicotine withdrawal syndrome. *Brain Res*, 779, 214-225.
- Hill, C. T., Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1976). Breakups before marriage: The end of 103 affairs. *Journal of Social Issues*, 32(1), 147-168.
- Hinde, R. A. (1997). *Interpersonal relations*. New York: Psychology Press.
- Hinslie, L. & Shatzky, J. (1940). *Psychiatric Dictionary*. New York, Oxford University Press.
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Gough, H.G., Barrett, J., Korchin, S.J. & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618.
- Hodgson, R.J. & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Respuest Therapy*, 15, 389-395.
- Homans, G. C. (1950). *The human group*. Nueva York: Harcourt, Brace and Company.





- Howard, M. (2001). *Cómo romper con su adicción a una persona*. España: Obelisco.
- Huebner, E. S., & Dew, T. (1995). Preliminary validation of the Positive and Negative Affect Schedule with adolescents. *Journal of Psycho-educational Assessment*, 13, 286-293.
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D.S. & Zeller, R.A. (1998). Depression and codependency in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 326-334.
- Huston, T.L., Surra, C.A., Fitzgerald, N., & Cate, R. (1981). From courtship to marriage: Mate selection as an interpersonal process. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships: Vol. 2 Developing personal relationships* (pp. 53-88). London: Academic Press.
- Insel, T. R., Murphy, D.L. Cohen, R.M., Alterman, I., Kilts, C. & Linnoila, M. (1983). Obsessive-compulsive disorder: A double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Archives of General Psychiatry*, 40, 605-612.
- International Encyclopedia of the Social Sciences* (1968). Estados Unidos: Lockwood Reference Collection
- Isidro, A. Vega, M. y Garrido, E. (1999). Determinantes psicosociales de la experiencia de soledad. *Revista de Psicología Social*, 14, 55-66.
- Ito, R., Dalley, J. W., Howes, S. R., Robbins, T. W. & Everitt, B. J. (2000). Dissociation in conditioned dopamine release in the nucleus accumbens core and shell in response to cocaine cues and during cocaine-seeking behavior in rats. *Journal Neuroscience*, 20, 7489-7495.
- Izenwasser, S., Thompson-Montgomery, D., Deben, S.E., Chowdhury, I.N., & Werling, L.L. (1998). Modulation of amphetamine-stimulated (transporter mediated) dopamine release in vitro by σ_2 receptor agonists and antagonists. *European Journal of Pharmacology*, 346, 189-196.
- Jackson, D.N. (1994). *Jackson Personality Inventory - Revised manual*. Port Heron, MI: Sigma Assessment Systems, Inc.
- Jaffe, L.T. & Archer, R.P. (1987). The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI and sensation seeking scales. *Journal of Personality Assessment*, 51, 243-253.
- Jasper, K. (1975). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Editorial Beta.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Conn.: College and University Press.
- Jenike, M.A., Minichiello, W.E. & Baer, L. (2001). *Trastorno obsesivo compulsivo: manejo práctico*. España: Mosby
- Johnson, C. A., Stanley, S. M., Glenn, N. D., Amato, P. A., Nock, S. L., Markman, H. J., & Dion, M. R. (2002). *Marriage in Oklahoma: 2001 baseline statewide survey on marriage and divorce*. Oklahoma City, OK: Oklahoma Department of Human Services.
- Johnson, M. P. (1991). Commitment to personal relationships. In W. H. Jones & D. W. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 3, pp. 117-143). London: Jessica Kingsley.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and com-mon couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.





- Johnson, M. P., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (1999). The tripartite of marital commitment: personal, moral and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 160-177.
- Johnson, R. (1976). *La agresión en el hombre y en los animales*. México: Manual Moderno.
- Johnson-Laird, P.N., & Oatley, K. (1989). The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion*, 3, 81-123.
- Jones, W.H. & Kugler, K., (1993). Interpersonal correlates of the guilt inventory. *Journal of Personality Assessment*, 61, 246-258.
- Jourand, S. & Landsman, T. (1994). *La personalidad saludable*. México: Trillas.
- Julien, R.M. (2001). *A primer of drug action*. Nework: Ed. Worth.
- Kagan, J. (1966). Reflection and impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York: Basic Books.
- Kalivas, P. W & Weber, B. (1988). Amphetamine injection in the ventral mesencephalon sensitizes rats to peripheral amphetamine and cocaine. *Journal Pharmacology Experimental Therapy*, 245, 1095- 10102.
- Kalivas, P. W. & Duffy, P. (1993) Time course of extracellular dopamine and behavioral sensitization to cocaine. *Journal of Neuroscience*, 13, 266-275.
- Kalivas, P. W. & Stewart, J. (1991). Dopamine transmission in the initiation and expression of drug and stress induced sensitization of motor activity. *Brain Res Rev*, 16, 223-244.
- Kalivas, P. W., Volkow, N. & Seamans, J. (2005) Unmanageable motivation in addiction: a pathology in prefrontal-accumbens glutamate transmission. *Neuron*, 45, 647-650.
- Kandel, E., Schwartz, J.H. y Jessell, T. M. (2001) *Principios de Neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Kanner, L. (1948). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Kaplan, B, J & Sadock's, V. A. (2003) *Synopsis of Psychiatry* (9° edition). Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.
- Kasa Fudzawa, E. C. (1999). *Elección de pareja: fantasmas que encantan y estocadas arcaicas que agujeran*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Kaufman, G. (1994). *Psicología de la vergüenza*. España: Editorial Herder, S.A.
- Kelley, H.H. (1983). Love and commitment. In H.H. Kelley et al., (comp.). *Close relationships*. New York: Freeman.
- Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old. *Research on Aging*, 14, 131-167.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill: México
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kipnis, D. (1996). *Frontiers of theory and research*. London: Sage Publications.
- Kirkpatrick, L.A., & Davis, K.E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512.





- Kirkpatrick, L.A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123-142.
- Kirkwood, C. (1993). *Leaving Abusive Partners: From the Scars of Survival to the Wisdom for Change*. Newbury Park, CA: Sage.
- Klein, M. (1984). *Psicoanálisis del desarrollo temprano*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Koback, R.R. & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861-869.
- Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kochanska, G. (1997). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 33(2), 228-240
- Kolta, M.G., Shreve, P., DeSouza, V. & Uretsky, N.J. (1985). Time course of the development of the enhanced behavioral and biochemical responses to amphetamine after pretreatment with amphetamine. *Neuropharmacology*, 24, 8239.
- Kramer, R. M. (1999). Trust and distrust: Emerging questions, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598.
- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). : Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341-369.
- Kringlen, E. (1965). Obsession neurotics: a long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, III, 709-722.
- Kugler, K. & Jones, W.H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), 318-327.
- Kuhn, M. H. & McPartland, R. (1954). An empirical investigation of self-attitudes. *American Sociological Review*, 19, 68-76.
- La Rosa, J. (1986). *Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. & Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de Modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la mejora de la autoestima*, Madrid: Horas y Horas.
- Lamb, D. H. (1972). *The Speech Anxiety Inventory: Preliminary test. Manual for- Form X*. Normal, IL: Illinois State University.
- Landero, J.M. Lorenzo, P. & Leza, L. (1998). *Drogodependencias; farmacología, patología, psicología y legislación*. España: Medica Panamericana.
- Lartigue, M & Vives, J. (1992). La formación del vínculo materno infantil: un estudio comparativo longitudinal. *Revista Mexicana de Psicología*, 9 (2) 127-139
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Le, B. & Agnew, C. (2003). Commitment and its Theorized Determinants: A Meta-Analysis of the Investment Model. *Personal Relationships*, 10, 1, 37-57.





- Ledford, C.C., Fuchs, R.A. & See, R. E. (2003). Potentiated reinstatement of cocaine-seeking behavior following D-amphetamine infusion into the basolateral amygdala. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1721-1729.
- Leik, R. K. & Leik, S. A. (1977). Transition to Interpersonal Commitment. In R. Hanblen & J. Kunkel (Eds). *Behavioral Theory in Sociology*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Lemos, M. & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana De Psicología*, 9(2), 127-140.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 457.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinction within the concept of external control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), 377-383.
- Levesque, R. J. R. (1993). The romantic experience of adolescents in satisfying love relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 219-251.
- Levinger, G. & Pietromonaco, P. (1989). *Conflict style inventory* (manuscrito no publicado). Amherst, MA: Universidad de Massachussets.
- Levinger, G. (1965). Marital cohesiveness and dissolution: An integrative review. *Journal of Marriage and the Family*, 27, 19-28.
- Levinger, G. (1976) A social psychological perspective on marital dissolution. *Journal of Social Issues*, 32(1), 21-47
- Levinger, G. (1999). Duty toward whom? Reconsidering attractions and barriers as determinants of commitment in a relationship. In W. H. Jones & J. M. Adams (Eds.), *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. New York: Plenum.
- Levy, M.B. & Davis, K.E. (1988). Love styles and attachment styles compared: their relation to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Lewicki, R. & Benedict, B. (1996). Developing and maintaining trust in work relationships. En R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds). *Trust in organizations. Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks: Sage.
- Lewicki, R., McAllister, D. & Bies, R. (1998). Trust and distrust: new relationships and realities. *Academy of Management*, 23, 438-458.
- Lewis, B. L. & O'Donnell, P. (2000). Ventral tegmental area afferents to the prefrontal cortex maintain membrane potential 'up' states in pyramidal neurons via D(1) dopamine receptors. *Cereb Cortex*, 10, 1168-1175.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, J. (1991). *Shame: The Exposed Self*. New York: Free Press.
- Lewis, J. R. (1992). Psychometric evaluation of the post-study system usability questionnaire: The PSSUQ. *Proceedings of the Human Factors Society 36th Annual Meeting*, 1259-1263. Santa Monica, CA: HFES.
- Lidow, M. S., Goldman-Rakic, P. S., Rakic, P. & Innis, R. B. (1989). Dopamine D2 receptors in the cerebral cortex: distribution and pharmacological characterization





- with [3H]raclopride. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 86(16):6412-6426.
- Liebert, R.M. y Spiegel, L.L. (2000). *Personalidad: Estrategias y Temas*. México: Thompson Editores.
- Liebowitz M. (1983). *The chemistry of love*. Boston: Little Brown.
- Liechti, M.E. & Vollenweider, F.X. (2000). Acute psychological and physiological effects of MDMA ('Ectasy') after haloperidol treatment in healthy humans. *Eur Neuropsychopharmacol*, 10, 289-295.
- Lograno, D. E., Matteo, F., Trabucchi, M., Govoni, S., Cagiano, R., Lacomba, C. et al. (1993). Effects of chronic ethanol intake at a low dose on the rat brain dopaminergic system. *Alcohol*, 10, 45-49.
- López R, F. & Gil R., J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las Adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.
- López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. In M. J. Ortiz y S. Yarnoz (Eds.). *Teoría del apego y relaciones afectivas* Bilbao: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
- López, F., Gómez-Zapiain, J., Apodaka, P., Delgado, M. & Marcos, C. (1994). Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual, como mediadores del grado de satisfacción en las relaciones generales, la comunicación afectiva y la actividad sexual en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29, 19-34.
- Lorenz, K. (1965). *Evolution and modification of behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lorenz, K. (1975). *Hombre y animal. Estudio sobre comportamiento*. Madrid: Herman Blue Ed.
- Lorr, M. & Wunderlich, R.A. (1985). Two objective measures of self-esteem. *Journal of Personality Assessment*, 50, 18-23.
- Lubliner, L. (2002). *Taking the Risk: Impulsivity, Sensation Seeking, and the Perception of Nothing to Lose*. Recuperado de http://acadserv.usfca.edu/preview/artsci/ug/rhetoric_composition/journal/lubliner2002.pdf
- Luengo, A., Otero-Lopez, J.M., Romero, E. & Gomez, J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 683-708.
- Lykken, D. T. & Tellegen, A. (1993). Is Human Mating Adventitious or the Result of Lawful Choice? A Twin Study of Mate Selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1), 56-68.
- Mackinnon, A., Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (1999). A short form of the positive and negative affect schedule: evaluation of factorial validity and invariance across demographic variables in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 405-416.
- Magai, C., Distel, N. & Liker, R. (1995). Emotion, socialization, attachment, and patterns of adult emotional traits. *Cognition and Emotion*, 9, 461-481.





- Mahler, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: Basic Books.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Marazziti, D. et al (1999). Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychological Medicine*, 29, 741-745
- Marchiori, H. (2000). *Criminología la victima del delito*. México: Porrúa.
- Marmer, S. S. (1980). Psychoanalysis of multiple personality. *Internationa Journal Psychoanalytic*, 61, 439-459.
- Márquez Domínguez, J., Rivera Aragón, S. & Reyes Lagunes, I. (2010). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 26(2), 9-30.
- Márquez, M. R. (2001). *Diferencias en el Locus de control en adolescentes usuarios y no usuarios de drogas*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Márquez, P. S. L. (2006). *Propuesta de un taller para incrementar la autoestima en la pareja*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Marston, P. J., Hecht, M. L., Manke, M. L., McDaniel, S., & Reeder, H. (1998). The subjective experience of intimacy, passion, and commitment in heterosexual loving relationships. *Personal Relationships*, 5, 15-30.
- Martínez, D. (2000) Contrastación del modelo de inversión de Rusbult en una muestra de casados y divorciados. *Revista Psycotema*, 12(1), 65-69.
- Martinez, D. et al (2003). Imaging human mesolimbic dopamine transmission with positron emission tomography. Part II: amphetamine-induced dopamine release in the functional subdivisions of the striatum. *J Cereb Blood Flow Metab*, 23, 285-300.
- Martínez, D. et al (2005) Alcohol dependence is associated with blunted dopamine transmission in the ventral striatum. *Biological Psychiatry*, 58(10), 779-786.
- Martinez, D. et al. (2004). Cocaine dependence and d2 receptor availability in the functional subdivisions of the striatum: relationship with cocaine-seeking behavior. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1190-1202.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Maslow, A.H. (1955). Deficiency motivation and growth motivation. In M.R. Jones (Ed.): *Nebraska Symposium on Motivation*. Nebraska: University of Nebraska Press.
- May, T., Juilfs, F. & Wolffgramm, J. (1998). Long-lasting effects of chronic mu-opioid intake on the signal transmission via dopamine D1 receptors in the limbic forebrain of drug deprived rats. *Neuropharmacology*, 37, 997-1006.
- Mayer, R. C., Davis, J. H. & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, 709-734.
- McCall, G. J., & Simmons, J. L. (1978). *Identities and interactions*. New York: Free Press.





- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1983). Joint factors in self-reports and ratings: Neuroticism, extraversion and openness to experience. *Personality and Individual Differences*, 4, 245-255.
- McCrae, R.R. & Costa, P.Y. (1990). *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford.
- McElroy, S., Keck, P., Pope, H., Smith, J., & Strakowski, S. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 242-248.
- McFarland, K., Davidge, S.B., Laphish, C.C. & Kalivas, P.W. (2004). Limbic and motor circuitry underlying footshock-induced reinstatement of cocaine-seeking behavior. *Journal Neuroscience*, 24, 1551-1560.
- McLellan, T. (1979). Development of psychiatric illness in drug abusers. *New England Journal Medicine*, 301(21), 1310-1314.
- Melichar, J.K., Daglish, M.R.C. & Nutt, D.J. (2001). Addiction and withdrawal current views. *Curr Opin Pharmacol*, 1, 84-90.
- Melody, P. & Wells, M.A. (1997). *La adicción al amor*. Barcelona. Obelisco.
- Melody, P. & Wells, M. A. (1992). *Facing love addiction: Giving yourself the power to change the way you love*. New York: Harper Collins Publishers.
- Mendoza González, L. (2000). *El sentimiento de soledad en un grupo de adultos mayores jubilados*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Mesa, P. & León-Fuentes, J. (1996). Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Messer, C.J., Eisch, A.J., Carlezon, W.A., Whisler, K. & Shen, L. (2000). Role for GDNF in biochemical and behavioral adaptations to drugs of abuse. *Neuron*, 26, 247-257.
- Meyerson, D., Weick, K. R., & Kramer, R. M. (1996). Swift trust and temporary groups. In: R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.) *Trust in organizations. Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Mezzich, A., Tarter, R., Giancola, P., Lu, S., Kirisci, L., & Parks, S. (1997). Substance use and risky sexual behavior in female adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 157-166.
- Michels, G.Y., Messe, L.A. & Stollak, G.E. (1983). Seeing parental behavior through different eyes: exploring the importance of person perception processes in parents and children. *Genetic Psychology Monographs*, 107, 3-60.
- Millon, T. (1976). MIPS. *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. New Cork: Wiley.
- Miranda, A. & Bezanilla, J. (2007). *El noviazgo y consolidación de la pareja*. Recuperado de <http://www.peiac.org/attachments/File/ARTICULOS/NOVIAZGO.pdf>.
- Mishra, A. K. (1996). Organizational responses to crisis: the centrality of trust. In R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.) *Trust in organizations. Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Mithen, S. (1996). *The Prehistory of the Mind: the cognitive origins of art, religion and science*, Londres, New York, Thames and Hudson.





- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Montaño Fraire, R. (2007). Depresión, cultura y adicciones: Etiología psicosocial de un agudo malestar característico de nuestro tiempo y su vínculo con las adicciones. *Liberadictus*, 98, 2-10.
- Montero, M. & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La soledad como un fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27.
- Montero, M. (1999). *Soledad: desarrollo validación de un inventario multifacético para su medición*. (Tesis no publicada de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluation Psychological*, 4, 133-158.
- Mora, F. & Sanguinetti, A.M. (1994). *Diccionario de Neurociencias*. Madrid: Alianza Editorial.
- Morales Gregorio, A. & Guerrero Rodríguez, M. A. (1999). *Enamoramiento y Amor, la influencia de la relación de pareja en la estructura de la personalidad*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Moustakas, C. (1966). *The authentic teacher: Sensitivity and awareness in the classroom*. Cambridge, MA: Howard A. Doyle.
- Munck, V. (1998). *Romantic love and sexual behaviour: Perspectives from the social sciences*. USA: Greenwood Publishing Group.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Myers, E.A. (2000). *Adult romantic attachment: Emotion regulation strategies and relationship satisfaction*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.
- Narramore, B. (1974). *Psicología de la culpa*. Logoy Inc., Miami.
- Nathanson, D. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: Norton.
- Navarro, R. (1992). *Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación*. Lima: Ed. Libro Amigo.
- Nestler, E. J. & Aghajanian, G. K. (1997). Molecular and cellular basis of addiction. *Science*, 278, 58-63.
- Nestler, E.J. (2001). Neurobiology. Total recall-the memory of addiction. *Science*, 292, 2266-2267.
- Nietzel, M.T. & Harris, M.J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297.
- Noble, E.P. (2000). La adicción y su proceso de recompensa por medio de polimorfismos del gen del receptor D 2 de dopamina: una revisión. *European Psychiatry*, 7, 351-363.
- Nock, S. L. (1995). Commitment and Dependency in Marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 593-614.
- Nogués, R. M. (2003). *Sexo cerebro y género*. España: Paidós.





- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010
- Noller, P. (1996). What is this thing called love: Defining the love that supports marriage and family. *Personal Relationships*, 3(1), 97-115.
- O'Brien, E. & Epstein, S. (1983). *MSEI: The Multidimensional self-esteem inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- O'Brien, P. & Gaborit, M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 129-136.
- Oas, P. (1983). Impulsive behavior and assessment of impulsivity with hospitalized adolescents. *Psychological reports*, 53, 764-766.
- O'Connor, L., Berry, J., Weiss, J., Bush, M. & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73-89.
- Ojeda, G.A. (1998). *La pareja: apego y amor*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Old, J. & Minner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol*, 47, 419-427.
- Ones, D.S., Viswesvaran, C. & Reiss, A.D. (1996). Role of social desirability in personality testing for personnel selection: The red herring. *Journal of Applied Psychology*, 81, 660-679.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R. & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol and drug problems: a set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Orlebeke, J.F.; Kok, A. & Zeillemaker, C.W. (1989). Desinhibition and the processing of auditory stimulus intensity: An ERP study. *Personality and Individual Differences*, 10, 445-451.
- Osio, E. J. (2006). *Diferencias en el perfil de personalidad con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en sujetos con adicción al alcohol, al tabaco y abstemios*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Colegio Partenón, S.C., Distrito Federal, México.
- Otero, M. & Ayesta F.J. (2010). El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos*, 6(2), 78-88.
- Padilla Gámez, N. (2001). *La pasión y el romance vistos desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural en las relaciones de pareja*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Panksepp, J. (1986). The anatomy of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and experience. Vol 3, Biological foundations of emotion*. New York: Academic Press
- Papalia, D. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Paulhus, D.L. (1983). Sphere specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.





- Paulhus, D.L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. Braun, D. N. Jackson, & D.E. Wiley (Eds.). *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp.67-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Peck, M. S. (1978). *The Road Less Traveled*. New York: Touchstone.
- Pedrero P. M., Pérez López, De Ena, S. & Garrido, C.C. (2005) Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 7(3), 166-186.
- Peele, S. & Brodsky A. (1992). *The Truth About Addiction and Recovery*. N.Y.: Simon & Schuster, Inc.
- Peele, S. & Brodsky, A. (1975/1991). *Love and Addiction*. New York: Taplinger.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books, Massachusetts.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education Groups for Men who Batter*. New York: Springer.
- Peplau, L. & Perlman, D. (1982). *Perspectives on loneliness*. In Peplau, L. & Perlman, D. (eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. (pp.1-20). NY: John Wiley and Sons.
- Pérez Domínguez, G., Martín-Santos, R., Bulbena, A. & Berrios, G.E. (2000). Sentimiento de culpa. En a. Bulbena, G.E. Barrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Pérez Gómez, A. & Delgado Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15, 381-387.
- Peris, J., Boyson, S.J., Cass, W.A., Curella, P., Dwoskin, L.P., Larson, G. et al. (1990). Persistence of neurochemical changes in dopamine systems after repeated cocaine administration. *Journal Pharmacology Experimental Therapy*, 253, 38-44.
- Perlman, D. & Cozby, P.C. (1998). *Psicología Social*. México: McGraw Hill.
- Perlman, D. (2000). El lado oscuro de la relaciones. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 2, 95-121.
- Perry, B. (1999). <http://www.bcm.tmc.edu/civitas/principles>
- Peterman, F. (1999). *Psicología de la confianza*. Barcelona: Herder.
- Petri, H. L. & Govenger, J.M. (2006). *Motivación: Teoría, Investigación y aplicaciones*. México: Thompson.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioural measurement of obsessional illness: difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medical Journal*, 20, 33-40.
- Piazza, P.V., Deminière, J.M., LeMoal, M. & Simon, H. (1989). Factors that predict vulnerability to amphetamine self-administration. *Science*, 245, 1511-1513.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (1992). General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: An experimental study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 297-307.





- Pierce, R.C. & Kalivas, P.W. (1997). Repeated cocaine modifies the mechanism by which amphetamine releases dopamine. *Journal Neurosciencie*, 17, 254-261.
- Pistole, M. C. (1989). Attachment: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 68, 190-193.
- Plutchink, R. (1989). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York, Harper & Row Press.
- Pollit, J. (1956). Discussion: Obsessive-compulsive state (abridged). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 49, 842-845.
- Pomerleau, O.F & Pomerleau, C.S. (1987). A bio behavior view of substance abuse and addiction. *Journal of Drugs Issues*, 17, 111-113.
- Porrino, L.J. et al. (2002). Metabolic mapping of the effects of cocaine during the initial phases of self-administration in the nonhuman primate. *Journal Neurosci*, 22, 7687-7694.
- Porrino, L.J., Daunais, J.B., Smith, H.R. & Nader, M.A. (2004). The expanding effects of cocaine: studies in a nonhuman primate model of cocaine self-administration. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 27, 813-820.
- Pothos, E., Rada, P., Mark, G. P. & Hoebel, B. (1991). Dopamine microdialysis in the nucleus accumbens during acute and chronic morphine, naloxone-precipitated withdrawal and clonidine treatment. *Brain research*, 566(1-2), 348-350.
- Prior, M., & Sanson, A. V. (1986). Attention deficit disorder with hyperactivity: A critique. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 307-319.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 311-314.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rage, A. E.J. (1997). *La pareja*. España: Plaza y Valdés.
- Rage, A. E.J. (1999). *Ciclo vital de la pareja y de la familia*. España: Plaza y Valdés.
- Rathus, J.H. & O'Leary, K.D. (1997). The spouse-specific dependency scale: Scale development. *Journal of Family Violence*, 12(2), 159-168.
- Rattner, A. (1983). *Convicting the innocent: When justice goes wrong*. Ph.D. Abstract Dissertation. The Ohio State University.
- Real Academia Espanola (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rees, C.A. (2005). Thinking about childrens attachments. *Arch Dis Child.*, 90, 1058-1065.
- Reidl Martínez, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1(2), 273-288.
- Reik, T. (1955). *The need to be loved*. New York: Strauss & Cudahy.
- Reiss, A.J. & Roth, J.A. (1993). *Understanding and Preventing Violence*. Washington, DC: National Academy Press.
- Retana Franco, B. E. & Sánchez Aragón R. (en prensa). Adictos al Amor: Afrontamiento, Vulnerabilidad, Desesperanza, Auto-engañó y Auto-destrucción. *Journal Universitas Psychologica*





- Retana Franco, B. E. & Sánchez Aragón, R. (2006). ¿Por qué duran y cómo es que se Mantienen las Relaciones Apasionadas? En Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R. y Rivera Aragon, S. (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp.810-817). México: AMEPSO y UJAT.
- Retana Franco, B. E. & Sánchez Aragón, R. (2008). Diseño y validación de escalas para medir características de personalidad en Personas Apasionadas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(26), 93-116.
- Retana Franco, B. E. & Sánchez Aragón, R. (2009). Explorando las formas de Respuesta Real y Culturalmente Deseable ante las Emociones Básicas en una Muestra de la Ciudad de México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 25(1), 81-98.
- Retana Franco, B. E. & Sánchez Aragón, R. (2010). Inhabilidad Emocional y Cognoscitiva de los Adictos al Amor vs. No Adictos. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, I. Reyes Lagunes, R. Sánchez Aragón y L. M. Cruz Martínez (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp. 647-653). México: AMEPSO.
- Retana Franco, B. E. (2004). *El amor como adicción: Perspectiva de los hombres y las mujeres*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Reyes Lagunes, I. & García y Barragan, L. F. (2008). Hacia un proceso de validación psicométrica culturalmente relevante. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, y R. Sánchez Aragon, I. Reyes Lagunes, (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp.625-630). México: AMEPSO.
- Reyes Lagunes, I. (1998). *El mexicano ¿un ser diferente?* Conferencia Magistral VII Congreso Mexicano de Psicología Social y III Reunión Regional Latinoamericana de la Asociación Internacional de Psicología Transcultural. Toluca, Estado de México.
- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L. & Benyamina, A. (2010). Is Love Passion an Addictive Disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36 (5), 261-267.
- Reynolds, M. y Salkovskis, P.M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population: An attempted replication. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 259-265.
- Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). Couples' reasons for cohabitation: Associations with individual well-being and relationship quality. *Journal of Family Issues*, 30, 233-258.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Rice, W. (2006). *Los límites de amor*. Bogotá: Grupo Norma.
- Riso, W. (2008). *¿Amar o depender?* Colombia: Norma.
- Robbins, C.J. (1993). Implications of research in the psychopathology of depression for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 313-330.
- Robbins, T.W. & Everitt, B. J. (1999). Drug addiction: bad habits add up. *Nature*, 398, 567-570.
- Roberts, W. L. (1979). Significant elements in the relationship of long married couples. *International Journal of Aging and Human Development*, 10, 265-271.





- Robinson, E. & Blanton, P. W. (1993). Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 42, 38-45.
- Robinson, T.E. & Becker, J. B. (1986). Enduring changes in brain and behavior produced by chronic amphetamine administration: a review and evaluation of animal models of amphetamine psychosis. *Brain Res Rev*, 396, 157-198.
- Robles, R. & Páez, F. (2003) Estudio Sobre la Traducción al Español y las Propiedades Psicométricas de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo. *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rodriguez Solar, D. M. (2003). *Violencia doméstica y cultural: la mujer maltratada*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Rodriguez, M., Mischel, W., & Shoda, Y. (1989). Cognitive person variables in the delay of gratification of older children at-risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 358-367.
- Rodríguez, M., Pellicer, G. & Domínguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: Manual Moderno.
- Roehling, P. V. & Gaumond, E. (1996). Reliability and validity of the codependent questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14, 85-95.
- Rommelspacher, H., Raeder, C., Kaulen, P. & Bruning, G. (1992). Adaptive changes of dopamine-D2 receptors in rat brain following ethanol withdrawal: a quantitative autoradiographic investigation. *Alcohol*, 9, 355-362.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J; Princeton University Press.
- Rosenberg, M.I. & Mercy, J.A. (1991). Assaultive violence. En *Violence in America: A Public Health Approach*, dirigido por MI Rosenberg y MA Fenley. Nueva York: Oxford Univ. Press.
- Rossetti, Z.L., Melis, F., Carboni, S., Diana, M. & Gessa, G.L. (1992). Alcohol withdrawal in rats is associated with a marked fall in extraneuronal dopamine. *Alcohol Clin Exp Res*, 16, 529-532.
- Roth, M. (1995). *Cómo superar la adicción a la comida*. Barcelona: Urano.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control Of Reinforcement. *Psychological Monographs*, I, 609-616.
- Rotter, J. B., & Murly, R. C. (1965). Internal versus control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 598-604
- Rotter, J. B., Seeman, M., & Liverant, S. (1962). *Internal versus external control of reinforcement: A major variable in behavior theory*. In N. F. Washburne (Ed.), *Decisions, values and groups* (Vol. 2). London: Pergamon Press.
- Rouge-Pont, F., Usiello, A., Benoit-Marand, M., Gonon, F., Piazza, P.V. & Borrelli, E. (2002). Changes in extracellular dopamine induced by morphine and cocaine: crucial control by D2 receptors. *Journal Neuroscience*, 22, 3293-3301.
- Rubin, Z. (1973). *Living and living: An invitation to social psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.





- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- Rusbult, C. E. & Buunk, B. P. (1993). Commitment processes in close relationships: an interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 175-204.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: a test of investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172-186.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: the development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.
- Rusbult, C. E., & Martz, J. M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of non-voluntary commitment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 558-571.
- Rusbult, C. E., & Verette, J. (1991). An interdependence analysis of accommodation processes in close relationships. *Representative Research in Social Psychology*, 19, 3-33.
- Rusbult, C. E., Coolsen, M. K., Kirchner, J. L., & Clarke, J. (2006). Commitment. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Handbook of Personal Relationships* (pp. 615-635). New York, NY: Cambridge.
- Rusbult, C. E., Drigotas, S. M., & Verette, J. (1994). The investment model: An interdependence analysis of commitment processes and relationship maintenance phenomena. In D. Canary & L. Stafford (Eds.). *Communication and relational maintenance* (pp. 115-139). New York: Academic Press.
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The investment model scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5, 357-391.
- Rusbult, C. E., Verette, J., Whitney, G. A., Slovik, L. F., & Lipkus, I. (1991). Accommodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 53-78.
- Russell, G. G. (1998). Processes and personal variables in affective aggression. In G. G. Russell & E. Donnerstein. (Ed.). *Human Agression* (pág.1-21). San Diego: Academic Press.
- Russell, J. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Ryckman, R. M., Thornton, B., Gold, J.A. & Burckle M. (2002). Romantic Relationships of Hypercompetitive Individuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(5), 517-530.
- Salgado, J.F., Remeseiro, C. & Iglesias, M. (1996). Personality and Test-Taking Motivation. *Psicothema*, 8, 553-562.
- Salkovskis, P.M., Richards, H.C. y Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.





- Salokangas, R.K., Vilkmán, H., Ilonen, T., Taiminen, T., Bergman, J., Haaparanta, M. et al. (2000). High levels of dopamine activity in the basal ganglia of cigarette smokers. *American Journal Psychiatry*, 157, 6324.
- Sanavio, E. (1998). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory, *Behaviour Research & Therapy*, 26, 167-177.
- Sánchez Aragón, R. & Díaz Loving, R. (2002). De lo aceptable a lo ofensivo en la relación de pareja. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XVIII (2), 55-75.
- Sánchez Aragón, R. & Sánchez Ruíz, A. L. (2008, evaluación). Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología*.
- Sánchez Aragón, R. (1995). *El amor, la cercanía y la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. (Tesis no publicada de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Sánchez Aragón, R. (2000). *Valoración empírica de la teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja*. (Tesis no publicada de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Sánchez Aragón, R. (2007). *Pasión Romántica: más allá de la intuición, una ciencia del amor*. Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez Aragón, R. (Ed.) (2010). *Regulación Emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez Aragón, R., & Díaz-Loving, R. (1996). Amor, cercanía y satisfacción en la pareja mexicana. *Psicología Contemporánea*, 3(1), 54-65.
- Sánchez, E. y Berjano, E. (1996). Predicción de la conducta de adicción a heroína: un estudio experimental. *Adicciones*, 8(2), 149-160.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Sauceda-García, J.M., Lara-Muñoz, M.C. & Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 26:223-231.
- Schaeff, A. W. (1987). *When society becomes an addict*. New York, NY: HarperCollins Publishers.
- Schaeffer, B. (2000). *¿Es amor o es adicción?* Cuarta Reimpresión. México: Editorial Promesa.
- Schalling, D., Edman, G., Asberg, M., & Oreland, L. (1988). Platelet MAO activity associated with impulsivity and aggressivity. *Personality and Individual Differences*, 9, 597-605
- Schifter, D.E. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Schneider, K. (1930). *Psychologie der Schizophrenen*. Theme Leipzig





- Schore, A. N. (1991). Early super-ego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187-250.
- Schottlaender, R. (1958). *Theorie des Vertrauens*. Berlín: De Gruyter.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2000). *Teorías de la personalidad*. México: Thompson.
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal Neurophysiol*, 80, 1-27.
- Schultz, W., Dayan, P., Montague, P.R. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science*, 275, 1593-1599.
- Scoresby, A.L. (1977). *The marriage dialogue*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Scott, R.L., & Cordova, J.V. (2002). The Influence of Adult Attachment Styles on the Association Between Marital Adjustment and Depressive Symptoms. *Journal of Family Psychology*, 16, 199-208.
- Sears, W. (1987). *Creative parenting*. New York: Dodd Mead.
- Secord, P. F. & Backman, C.W. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: W. H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Sender, R. (1997). *El trabajo como adicción*. Barcelona. Citrán (Ediciones Neurociencias).
- Shaffer, D. (2000). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Shaver, P. & Hazan, C. (1988). *A biased overview of the study of love*. Ponencia presentada en la Iowa Conference on Personal Relationships, Iowa City.
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. In R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds.). *The anatomy of love* (pp. 68-98). New Haven, CT: Yale University Press.
- Shaver, P., & Brennan, K.A. (1992). Attachment styles and the 'Big Five' personality traits: Their connections with each other and with romantic relationships outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 536-545.
- Sheehy, G. (1985). *Las crisis de la edad adulta*. Barcelona: Grijalbo
- Shippenberg, T.S. & Elmer, G.I. (1998). The Neurobiology of opiate reinforcement. *Critical Reviews in Neurobiology*, 12, 267-303.
- Siegmán, A. W. (1994). From Type A to hostility to anger: Reflections on the history of coronary -prone behavior. In A. W. Siegmán & T. W. Smith (Eds.). *Anger, hostility, and the heart* (pp. 1-21). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1998). *Attachment theory and close relationships*. New York, NY: Guilford Press.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Sinclair, H. C., & Frieze, I. H. (2000). Initial courtship behavior and stalking: How should we draw the line? *Violence and Victims*, 15, 23-40.





- Sirvent, C. (2004). La adicción al amor y otras dependencias sentimentales. Ponencia presentada al *Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones* (pp. 159-161). Chiclana, 9 octubre 2004.
- Sirvent, R. C. (1989). *La mixtificación como elemento nuclear de la adicción*. Valladolid: Fundación Instituto Spiral.
- Sirvent, R. C. (2007). *La mentira transformada*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.
- Skolnick, M.A. (1978). *The intimate environment: Exploring marriage and the Family*. Boston: Little, Brown.
- Smith, L. A. (1952). *A dictionary of psychiatry for the layman*. London: Maxwell.
- Smith, R., Sarason, T. & Sarason, B. (1984). *Psicología fronteras de la conducta*. México: Harper & Row.
- Smith, S. M., Williams, M.B. & Rosen, K. (1992). *Psicología, La Violencia en el Hogar*. España: Descleé de Brouwer
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 548-568.
- Snell, W. E., Jr., Gum, S., Shuck, R. L., Mosley, J. A. & Hite, T. L. (1995). The Clinical Anger Scale: Preliminary reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 215-226.
- Sokoloff, P., Guillin, O., Díaz, J., Carroll, P. & Griffon, N. (2002). Brain-derived neurotrophic factor controls dopamine D3 receptor expression: implications for neurodevelopmental psychiatric disorders. *Neurotox Res*, 4, 671-678.
- Solomon, R. L. & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of acquired motivation: I, the temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119-145.
- Souza-Formigoni, M.L., De Lucca, E.M., Hipolide, D.C., Enns, S.C., Oliveira, M.G. & Nobrega, J.N. (1999). Sensitization to ethanol's stimulant effect is associated with region-specific increases in brain D2 receptor binding. *Psychopharmacology*, 146, 262-267.
- Spann, L., & Fischer, J. L. (1990). Identifying co-dependency. *The Counselor*, 8, 27
- Sperling, M. B. (1987). Ego Identity and Desperate Love. *Journal of Personality Assessment*, 51(4), 600-605.
- Spielberger, C. D., Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., & Cano-Vindel, A. (2001). *Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo: STAXI-2*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. S. (1966). Theory and research on anxiety. In C. S. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behaviour*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. & Butcher, J. N (Eds.) (1992). *Advances in Personality Assessment* (Vol. 9). New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1999). *State-trait anger expression inventory-revised*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.



- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. & Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger. Construction and validation of an Anger Expression Scale. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.) *Anger and Hostility in cardiovascular and behavioural disorders*. New York, Hemisphere/McGraw-Hill.
- Spielberger, C.H. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. Manual Moderno: México.
- Spielberger, D.C. (1988). *State-trait anger expression inventory, Research Edition*. Professional Manual. Odessa Florida: Psychological.
- Spies, R.A. & Plak, B.S. (2005). *Mental Anuario de medición*. España: Lincoln.
- Sroufe, L.A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stankov L. & Crawford, J.D. (1997). Self-confidence and performance on tests of cognitive abilities. *Intelligence*, 25, 93-109.
- Stanley, S.M., & Markman, H.J. (1992). Assessing Commitment in Personal Relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 595-608.
- Steketee, G., Frost, R. & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.
- Sternberg, R. (1990). Thinking styles: keys to understanding student performance. *Phi Delta Kappan*, 71(5), 366-371.
- Sternberg, R., (2000). *La Experiencia del Amor. La Evolución de la Relación Amorosa a lo Largo del Tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R.J. (1986). *Intelligence Applied: Understanding and increasing your intellectual skills*. San Diego, CA. Harcourt.
- Stith, S. & Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen, *Psicosociología de la Violencia en el Hogar. Estudio, Consecuencias y Tratamientos* (pp. 27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Storn, T. & Storn, C. (1984). Canadian student's beliefs about the relationships among love, sex and intimacy. *Social Behavior and Personality*, 112, 191-197.
- Subby, R. (1984). Inside the chemically dependent marriage: Denial and manipulation. In J. Woititz, S. Wegscheider-Cruse y C. Whitfield (Eds.). *Codependency: An emerging issue*. Deerfield Beach. Florida. Health Communications, Inc.
- Surra, C. A., & Huston, T. L. (1987). Mate selection as a social transition. In D. Perlman & S. Duck (Eds.), *Intimate relations* (pp. 53-88). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Sussman, S. & Ames, L. (2008). *Drug abuse*. New York: Cambridge University Press.
- Sutil, L. (2004). *¿Dónde estás, amor?* Madrid: Ediciones Algaba.
- Sutton, M.A. & Beninger, R.J. (1999). Psychopharmacology of conditioned reward: evidence for a rewarding signal at D1-like dopamine receptors. *Psychopharmacology*, 144, 95-110.
- Tangney, J. P. (1995). Moral affect: the good, the bad and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607.





- Tapia Conyer, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Mexico: Manual Moderno.
- Tena-Suck, A. (1994). Elementos disruptivos en la elección de pareja y sus repercusiones. *Psicología Iberoamericana*, 2(2), 129-141.
- Tennov, D. (1979). *Love and Limerence: The Experience of Being in Love*. Stein and Day, New York.
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social Psychology of Groups*. New York: Wiley
- Tibbetts, S. G. & Whittimore, J. N. (2002). The interactive effects of low self-control and commitment to school on substance abuse among college students. *Psychological Reports*, 90, 327-337.
- Timm, T.M. (2000). *The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences.
- Tomkins, S. (1987). Shame. In D.L. Nathanson (Ed.). *The Many Faces of Shame*. New York: Norton.
- Tovar Ramírez, R. (1996). *La autoestima en la mujer económicamente activa y la mujer no económicamente activa*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Tran-Nguyen, L.T., Fuchs, R.A., Coffey, G.P., Baker, D.A., O'Dell, L.E. & Neisewander, J.L. (1998). Time-dependent changes in cocaine-seeking behavior and extracellular dopamine levels in the amygdala during cocaine withdrawal. *Neuropsychopharmacology*, 19, 48-59.
- Tremblay, L. & Schultz, W. (1999). Relative reward preference in primate orbitofrontal cortex. *Nature*, 398, 704-708.
- Trivers, R. (2002). *Natural selection and social theory: Selected Papers of Rober Trivers (Evolution and Cognition Series)*. New York: Oxford University Press
- Turner, R.H. (1970). *Family interaction*. Nueva York: Wiley
- Tzeng, O. (1992). *Theories of love development, maintenance and dissolution, octagonal cycle and differential perspectives*. New York, Praeger.
- Unterwald, E.M., Ho, A., Rubinfeld, J.M. & Kreek, M.J. (1994). Time course of the development of behavioral sensitization and dopamine receptor upregulation during binge cocaine administration. *Journal Pharmacology Experimental Therapy*, 270, 1387-1396.
- Unterwald, E.M., Kreek, M.J. & Cuntapay, M. (2001). The frequency of cocaine administration impacts cocaine-induced receptor alterations. *Brain Res*, 900, 103-109.
- Vannini, P. & Myers, S. (2002). Crazy About You: Reflections on the Meanings of contemporary Teen Pop Music. *Electronic Journal of Sociology*, 6 (2).
- Varela, M. T., Salazar, I. C., Cáceres, D. E. & Tovar, J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3, 31-45





- Vargas, A., Díaz, R. & Sánchez, R. (2000). Patrones de apego infantil: efectos diferenciales en niños y niñas. *Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Social*, 9, 862-868
- Vargas, F. J. J. & Ibáñez, R. E. J. (2002). Enfoques teóricos de la transmisión intergeneracional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).
- Vasconcelos, S.M., Macedo, D.S., Lima, L.O., Sousa, F.C., Fonteles, M.M. & Viana, G.S. (2003). Effect of one-week ethanol treatment on monoamine levels and dopaminergic receptors in rat striatum. *Braz J Med Biol Res*, 36, 503-509.
- Vázquez, V. C. (2007). *Rethinking the psychology of trauma from positive resources: a quest for a different scope*. New York: Taplinger.
- Velasco Fernández, R. (1997). *Las adicciones. Manual para maestros y padres*. México: Trillas.
- Vezina, P., Pierre, P. & Lorrain, D. (1999). The effect of previous exposure to amphetamine on drug-induced locomotion and self-administration of a low dose of the drug. *Psychopharmacology*, 147, 125-134.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Villatoro, J. et al. (1999) La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México: medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22(1), 18-30.
- Vives, J. & Lartigue, T. (1994). *Apego y vínculo materno infantil*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Asociación Psicoanalítica Jalisciense
- Volkow, N.D. & Fowler, J.S. (2000) Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*, 10, 318-325.
- Volkow, N.D., Chang, L., Wang, G.J., Fowler, J.S., Ding, Y.S., Sedler, M. et al. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal Psychiatry*, 158, 2015-2021.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., Hitzemann, R., Logan, J., Schlyer, D.J. et al. (1993). Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse*, 14, 169-177.
- Vukov, M., Baba-Milkic, N., Lecic, D., Mijalkovic, S. & Marinkovic, J. (1995). Personality dimensions of opiate addicts. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 103-107.
- Walker, V. J. (1973). Explanation in obsessional neurosis. *Br. J. Psychiat*, 123, 675-680.
- Wallace, D.R., Mactutus, C.F. & Booze, R.M. (1996). Repeated intravenous cocaine administration: locomotor activity and dopamine D2/D3 receptors. *Synapse*, 23, 152-163.
- Walter, J. S. (2005). The Maudsley violence questionnaire: initial validation and reliability. *Personality and Individual Differences*, 38, 187-201.
- Ward, P.B., Catts, S.V., Norman, T.R., Burrows, G.D. & McConaghy, N. (1987). Low platelet monoamine oxidase and sensation seeking in males: An established relationship? *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 75, 86-90.
- Waters, E., Merrick, S., Albersheim, L., Treboux, D., & Crowell, J. (1995 May). *From the strange situation to the Adult Attachment Interview: A 20-year longitudinal study of*





- attachment security in infancy and early adulthood*. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Indianapolis.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1993). Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.). *Handbook of mental control* (pp. 506-527). New York: Prentice-Hall.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). Emotions, moods, traits, and temperaments: Conceptual distinctions and empirical findings. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.). *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 89-93). New York: Oxford University Press.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 127-144.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Webster, M. (2000). *New World Medical Dictionary*. California: Wiley, Johns and Sons.
- Wegscheider-Cruse, S. (1985). *Choicemaking*. Florida: Health Communications.
- Weigel, D. J., Bennett, K. K., & Ballard-Reisch, D. S. (2006). Roles and influence in marriages: Both spouses' perceptions contribute to marital commitment. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 35, 74-92.
- Weiss, R.S., (1973). *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Wells, G.B. & Hansen, N.D. (2003). Lesbian shame: its relationship to identity integration and attachment, *Journal of Homosexuality*, 45(1), 93-110.
- Whiteside, S.P. & Lynam, D.R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Whitfield, C. (1991). *Codependence: Healing the Human Condition*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc.
- Wieselquist, J., Rusbult, C. E., Foster, C. A., & Agnew, C. R. (1999). Commitment, pro-relationship behavior, and trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 942-966.
- Wiley, A. R. (2007). Connecting as a couple: Communication skills for healthy relationships. *The Forum for Family and Consumer Issues*, 12 (1).
- Wills, T.M., Gibbons, F.X., Gerrard, M. Murry, V.M. & Brody, G.H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: A test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 312-323.





- Wise R. A. (2000). Addiction becomes a brain disease. *Neuron*, 26, 27-33.
- Wise, R.A. (1998). Opiate reward: sites and substrates. *Neurosci Biobehav Rev*, 13, 129-133.
- Wolman, B. B. (1990). *Dictionary of Behavioral Science*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Wu, J.C., Bell, K., Najafi, A., Widmark, C., Keator, D., Tang, C. et al. (1997). Decreasing striatal 6-FDOPA uptake with increasing duration of cocaine withdrawal. *Neuropsychopharmacology*, 17, 402-409.
- Yaryura, T. & Neziroglu, A.J. (1997). *Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder*. New York: Norton and Company
- Yaryura-Tobías, J. A. & Fügen, A. N. (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. España: Harcourt Brace.
- Yela, C. (2002). *El amor desde la psicología social; ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid. Pirámide.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Third Edition. Sarasota, Fl.: Professional Resource Press.
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir culpabilidad. *Revista Miscelánea Comillas*, 51, 485-509.
- Zabalegui, L. (1997). *¿Por qué me culpabilizo tanto?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Zarco, I. A. V. (2005). *Relación de la Codependencia, el apego los estilos de amor y los rasgos de masculinidad-feminidad en adultos*. (Tesis no publicada de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Zuckerman, M (1994). *Biological expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (1972). Sensation seeking and habituation of the electrodermal orienting response. *Psychophysiology*, 9, 267-268.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1984) A biological theory of sensation-seeking. In M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation-seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 37-76). Hillsdale: Erlbaum.
- Zuckerman, M., Ball, S. & Black, J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal and situational motivation on smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 209-220.
- Zuckerman, M.; Eysenck, S.B.G. & Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.
- Zuckerman, M.; Eysenck, S.B.G. & Eysenck, H.J. (1978) Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 139-149.
- Zuckermann, M., Bone, R. N., Neary, R., Mangelsdorff, D. & Brustman, B. (1972). What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the sensation seeking scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 308-321.

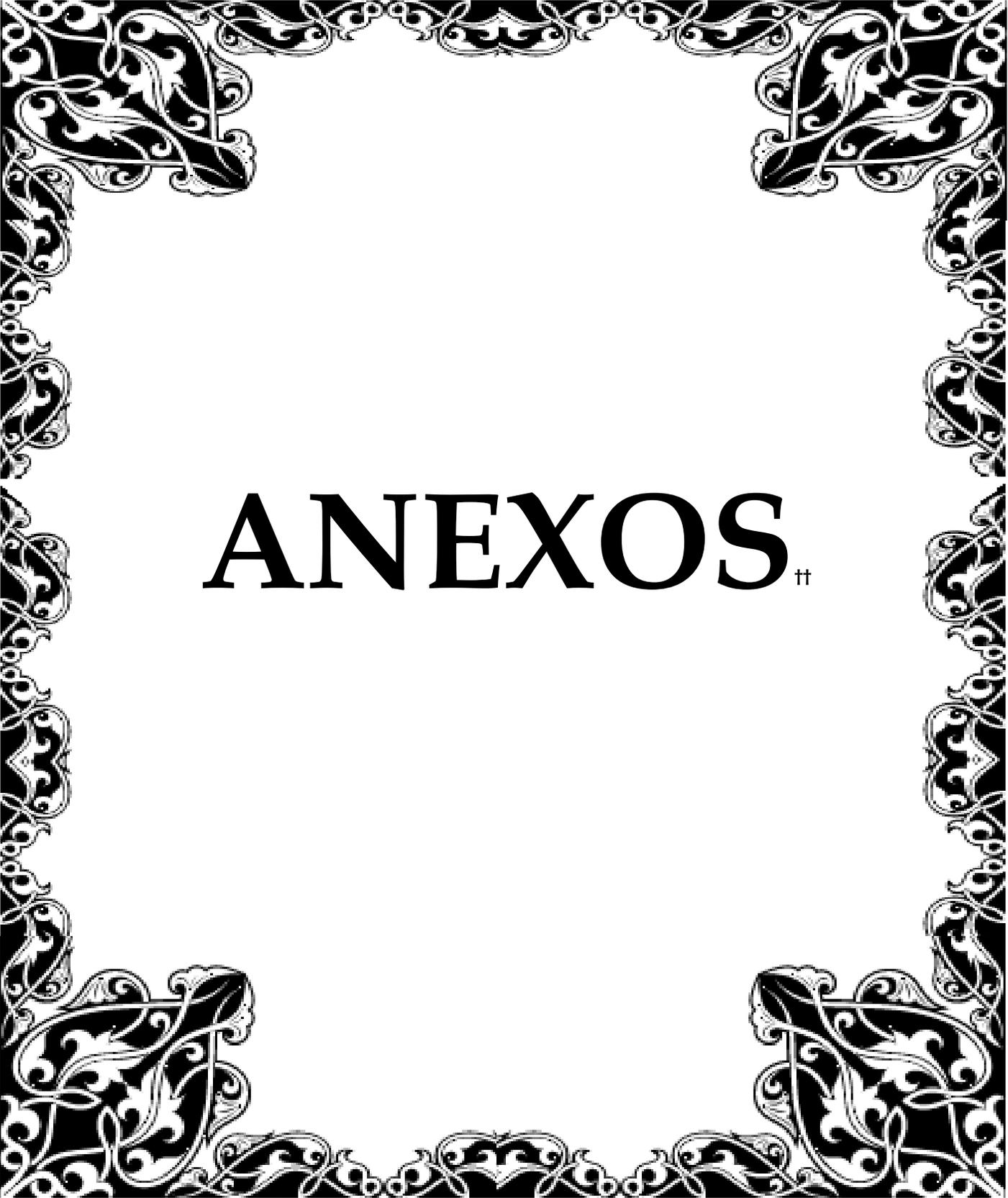




Zukerman, M. (1983). A biological theory of sensation seeking. In Zukerman, M. (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp.37-76). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives General Psychiatry*, 12, 63-70.





ANEXOS^{††}

^{††} A continuación solo se presentan ejemplos de los instrumentos aplicados, si se está interesado en aplicarlos contactar con la autora blancaretana@gmail.com



ANEXO I

Durabilidad 15

llevamos casi 7 años
llevo 6 años con mi novio
llevo casi 9 años
tengo una muy estable tengo 5 años con ella
son duraderas
me involucro en ella de manera duradera
ha sido duradera 2
han sido pocas pero de largo tiempo
he tenido un novio con el cual llevo 3 años
tengo una pareja estable desde hace 6 años
en los 11 años que llevamos juntos ha aumentado la comunicación
la mayoría de mis noviazgos han durado mas de 2 años
han sido pocas, tiendo a tener relaciones largas
duro mucho con mis parejas

Aspectos Positivos 69

procuro ser sincero e interesarme lo mas posible en mi pareja
disfrutamos estar juntos, si no nos vemos, no pasa nada
disfrutamos de nuestros triunfos y aprendemos de nuestros fracasos
han sido muy padre
hay mucho respeto
soy un poco perfeccionista y me gusta hacer las cosas bien
me involucro bastante
me agrada compartir
me gusta demostrar a esa persona que me hace sentir bien
el también me lo hace saber por medio de sus acciones y apoyo
estoy enamorada de él y él de mi
estoy muy involucrado y entregado totalmente hacia mi pareja
se respeta la individualidad y hay mucha confianza y comunicación
me siento muy bien con el
trato de dar lo mejor de mi para con él
somos una pareja madura y estable
trato de dar lo mejor de mi lo más que pueda teniendo límites
intento tomar tiempo para mi y no solo que mi vida gire en torno a la relación
con mucha comunicación mutua, respeto, honestidad y sinceridad y amor se pueden
llegar a tener una relación sólida y estable
han sido buena
trato de compartir de mí con la otra persona pero establezco ciertos límites





me he involucrado con personas que me gustan y con estas personas he establecido mucha cercanía
he tenido relaciones de pareja sanas
trato de dar todo a la relación, de comprometerme, siempre respetando mis sentimientos
siempre fue con mucha comunicación y abierta
siento que fue buena
somos el complemento el uno del otro
me involucro con mi pareja
me siento comprometida
siento que somos una pareja muy sólida pues siempre procuramos apoyarnos
mis relaciones de pareja han sido intensas y profundas
nuestra relación es de mucha intimidad creo y siento que nos queremos mucho
soy muy involucrado
en general han sido buenas, medianamente estables
soy muy apasionada
me he sentido muy querida
han sido muy cercanas
nos apoyamos tanto material como emocionalmente
con mi pareja ha sido de negociación
llevo una buena relación platicamos de todo y aclaramos dudas
me siento muy estable emocionalmente
en general me siento muy contenta
en general soy muy comprensiva, cariñosa pero nada hostigosa ni celosa
recibo mucho apoyo de él
me siento bien con él
mantengo mucha confianza he intimidad
me siento muy a gusto, hay confianza y ambos nos sentimos comprometidos
estamos construyendo una relación sin miedos
me comprometo y soy leal
las podría definir como relaciones muy fuertes
han sido muy duraderas con mucha comunicación, confianza y cariño
ha habido mucho involucramiento de parte de los dos
he tenido estabilidad
me involucro dando todo de mi atención y cariño, pero nunca perdiendo quien soy
han sido buenas, me involucro mucho
me involucro lo suficiente
han sido un tanto equitativas
no han sido equitativas
estoy involucrado en su totalidad
me ha ido bien





afortunadamente obtengo lo que quiero
han sido buenas
siempre fueron muy buenas, con confianza y apertura
soy bastante cariñoso y fiel
en general que haya confianza
procuro involucrarme en serio con ella
es muy satisfactoria tanto emocional como sexualmente
trato de mantenerme en mis actividades normales y no interferir o alterar de forma
dañina las suyas
me involucro casi totalmente pero no dejo que afecté de manera negativa

Aspectos Negativos 18

él era el que mas se ha involucrado
duro muy poco y casi no pongo de mi
siento que yo doy mucho de mí
me enamoro muy rápido
se han terminado porque ellos lo han decidido así
me he involucrado mucho
han sido poco duraderas y no suelo involucrarme demasiado
los primeros noviazgos no duraban mucho
me involucro mucho en mis relaciones de pareja
han sido cortas porque no he sido leal
no soy de esas personas que dan todo en una relación puesto que antes de todo estoy
yo
he llegado a ser celoso en algunas relaciones
a mi me gusta las cosas serias y no ando con juegos
me duele mucho cuando una relación se rompe porque yo si trato de dar todo de mi
parte
me centraba mucho en mi pareja
soy un tanto descuidado
me cuesta trabajo confiar en mi pareja
no logro involucrarme afectivamente



ANEXO II

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma de ser de las personas. Cabe mencionar que la información que proporciones será confidencial y anónima. Asimismo es necesario que sepas que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que en cada sección hay un tipo de respuesta que debes tomar en cuenta para resolver cada afirmación. Por favor, no olvides contestar todas las oraciones.

Para empezar responde lo siguiente:

Sexo: Masculino () Femenino () Edad: _____ años

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()

Posgrado () Tienes pareja: Si () No () Tiempo de la Relación: _____

	Totalmente de acuerdo					5
					De acuerdo	4
				Ni en desacuerdo ni en acuerdo	3	
			En desacuerdo	2		
				Totalmente en desacuerdo	1	
1. Creo firmemente que algunas personas nacen con estrella en lo que a las relaciones de pareja se refiere	1	2	3	4	5	
2. Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo (a)	1	2	3	4	5	
3. Acepto a las personas tal como son	1	2	3	4	5	
4. Creo que en mis relaciones de pareja siempre me pasa lo peor	1	2	3	4	5	

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una cruz el número que indique como se siente **en este momento**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

					Mucho	4
				Bastante	3	
			Un poco	2		
				No en lo absoluto	1	
1. Me siento calmado (a)	1	2	3	4		
2. Estoy tenso (a)	1	2	3	4		
3. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4		
4. Estoy a gusto	1	2	3	4		





Instrucciones: A continuación responda que tanto le suceden las situaciones que a continuación se presentan

	Mucho 5				
	Bastante 4				
	Algo 3				
	Poco 2				
	Nada 1				
1. Ante la ausencia de mi pareja, pienso todo el tiempo en ella	1	2	3	4	5
2. Si no paso al menos 12 horas del día con mi pareja me siento muy mal	1	2	3	4	5
3. A veces no puedo hacer mi vida normal por estar pensando en mi pareja	1	2	3	4	5
4. No puedo dejar de imaginar a mi pareja	1	2	3	4	5

Instrucciones: A continuación responda con qué frecuencia realiza las actividades que a continuación se presentan. Recuerde no hay respuestas buenas ni malas

	Siempre 5				
	Casi Siempre 4				
	Algunas veces 3				
	Casi Nunca 2				
	Nunca 1				
1. Entre más aventura implique algo, más me gusta	1	2	3	4	5
2. Me involucro en conductas peligrosas como cortarme, jalarme el cabello o auto mutilarme	1	2	3	4	5
3. Le doy vuelta y vuelta a mi sufrimiento	1	2	3	4	5
4. Me es imposible aguardar mi turno para participar en una conversación	1	2	3	4	5

Instrucciones: A continuación responda que tanto lo describe la historia que se presenta.

	Me describe totalmente 5				
	Me describe mucho 4				
	Me describe mas o menos 3				
	Me describe poco 2				
	No me describe nada 1				
Hay personas que se consideran incompletas y que cuando encuentran una relación de pareja se convierte rápidamente en lo mas importante en su vida, así que dejan de lado todas las actividades que no están relacionadas con ella (dejan escuela, amigos, familia); tienen mucho miedo de que las abandonen o las cambien por otra persona, por lo que intentan controlar su relación, utilizando amenazas y manipulaciones para crear culpa y así evitar que las abandonen.	1	2	3	4	5

Gracias



ANEXO III

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se está llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma de ser de las personas. La información que proporciones será totalmente confidencial y anónima que solo será utilizada para fines de investigación. Asimismo es necesario que sepas que no hay respuestas correctas ni incorrectas y que en cada sección hay un tipo de respuesta que debes tomar en cuenta para resolver cada afirmación. Por favor, no olvides contestar todas las oraciones. **Gracias.**

Para empezar responde lo siguiente:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____ años

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Posgrado ()

Tienes Pareja: SI () NO () **Tiempo en la relación:** _____

¿Te gustaría seguir participando en esta investigación?

Escribe tu correo: _____

INSTRUCCIONES: Por favor indique con una X cual es la opción que mejor describe la relación con su pareja. Utilice la escala que sigue.

	Totalmente de acuerdo					5
	De acuerdo				4	
	Ni en desacuerdo ni en acuerdo			3		
	En desacuerdo		2			
	Totalmente en desacuerdo	1				
1. Cuando NO tengo pareja me siento incompleto	1	2	3	4	5	
2. Soy una persona vacía cuando esta sin pareja	1	2	3	4	5	
3. Por lo regular busco tener pareja para evitar el dolor	1	2	3	4	5	
4. Me es muy difícil terminar una relación de pareja	1	2	3	4	5	
5. Suelo obsesionarme con mis parejas	1	2	3	4	5	
6. Creo que me involucro en relaciones destructivas	1	2	3	4	5	



