



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

***LA TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL COMO
ALTERNATIVA PARA LA
CODEPENDENCIA EMOCIONAL EN
EL NOVIAZGO DEL ADULTO JOVEN.***

TESIS.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

PRESENTAN:

**CÓRDOBA AYALA LILIANA.
GALINDO SIGUENZA ILSE ELIUT.**

ASESORA DE TESIS:

MTRA. LIZBETH CASTRO AMARO.

OZUMBA, MEX.

OCTUBRE, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por darme la gracia de existir y elegir la profesión adecuada para mí; por medio de mis manos cumpliré tu voluntad.

A mi pequeña Dulce María, fuente de mi inspiración y de mi alegría; gracias pequeña, por darme el impulso que me faltaba, por impulsarme a esforzarme cada día más y concluir los pendientes que hace mucho había olvidado. Te amo bebé.

A mis padres, Alejandro Córdoba y Ma. De los Ángeles Ayala, gracias por apoyarme siempre y en todo momento, por ser mis guías y maestros, por darme la oportunidad de tener un hogar y una vida feliz, por impulsarme a lograr mis objetivos. Los quiero mucho.

A mi hermano Edgar Córdoba Ayala, por su apoyo y por todo lo que me ha enseñado en estos 15 años de su existir, te amo hermanito.

A mi tía Victoria Ayala y mamá Mary, gracias por cuidar de mí y apoyarme.

A mis primos Verónica, Miguel y Edher, crecimos juntos y seguimos juntos, gracias por su apoyo.

A mis profesoras Lizbeth Castro Amaro, Ma. Luisa Martínez Salinas y Magdalena Diana Guerrero, gracias por compartir sus conocimientos y sus experiencias laborales y personales, para formar en mí, mejores conocimientos respecto a la labor del psicólogo.

Liliana Córdoba Ayala.

AGRADECIMIENTOS.

Eterna y plenamente agradecida con lo más grande que existe en el universo; gracias por brindarme vida, gracias por cuidarme siempre, gracias por amarme tanto, gracias por los padres que me has dado, gracias por las experiencias y aprendizajes, gracias por las oportunidades que me has brindado, gracias por los tesoros emocionales que me has dejado conocer, gracias por las virtudes que me has obsequiado, gracias por permitirme haber llegado a la culminación de mis estudios universitarios.

Gracias por todo, mi todo, mi Dios, pues gracias a ti soy lo que soy.

Las bases de mi vida, de mi existencia quienes me han mostrado los verdaderos tesoros del mundo, y que es el amor, la honestidad, el respeto, el compromiso y la perseverancia lo que debe prevalecer día con día para obtener lo que se desea. Les estaré infinitamente agradecida por todo el amor y el apoyo que me dan, porque ustedes mis padres son dos luceros que me acompañaran por toda la eternidad. Los amo y les agradezco por ayudarme a ser quien soy ahora. Con cariño, admiración y gratitud de su hija: Rafael Galindo Calleja y Victoria Sigüenza Olvera.

Te agradezco infinitamente el apoyo incondicional, gracias por permitirme brindarte lo que se y por tenerme paciencia con todas las incógnitas que se encuentran en mi mente, por siempre serás mi cómplice y estemos donde estemos sé que nos volveremos a encontrar, porque mi alma es hermana de la tuya: Isabel Yarbelith.

Le agradezco a la vida que aun estén a mi lado, los admiro infinitamente, ya que son de las personas más perseverantes y trabajadoras que conozco. Con cariño, respeto y admiración a mis abuelitos: Eufemio Galindo, Amelia Calleja.

Le agradezco que desde hace algunos años haya sembrado con sus palabras la semilla que floreció en una inmensa pasión por la psicología, es por ello que hoy mañana y siempre estaré agradecida con el destino por haberlo encontrado en mi camino. Con mucho cariño, respeto y admiración a mi mejor mentor y maestro: Marco Antonio Mondragón García.

Usted es una de las profesionales la cual más admiro, ya que es excelente en su labor como psicóloga y sobre todo es una magnífica persona; durante mi preparación profesional me encamino a cambiar mi pensamiento, a ser más madura, a transformarme completamente, le agradezco el haberme mostrado el maravilloso mundo de la psicología, es muy valioso para mí todo lo que usted me compartió. Le estaré infinitamente agradecida por haber sido mi asesora, mi maestra, mi ejemplo a seguir como profesional y como ser humano, porque usted es y seguirá siendo un tesoro invaluable que conocí en el camino de la psicología. Con cariño, respeto y admiración para usted: Maestra en Psicología Lizbeth Castro Amaro.

Infinitamente agradecida con mis maestros, de los cuales obtuve bases sólidas para mi formación profesional, son y serán un ejemplo a seguir en mi desempeño profesional: María del Carmen Ortiz, Diana Guerrero, Clara Solórzano, María Luisa Martínez, Tania Barreto, Ivonne Carreón, Paloma Narváez, Bibiana Castillo, Juan Martínez, José Navarrete y Juan Carlos Calvo.

Agradecida con la vida de haberte puesto en mi camino, porque además de ser mi amiga, te volviste mi confidente, mi terapeuta, simplemente eres una mujer maravillosa la cual admiro mucho. Con cariño te digo puedes conseguir lo que deseas, te quiero mucho, gracias por concluir conmigo esta misión: Liliana Córdoba Ayala.

Le agradezco infinitamente a nuestra paciente, ya que su colaboración fue de gran importancia para la culminación de esta investigación. No tan sólo nos diste la oportunidad de brindarte nuestro apoyo profesional, sino que tu gran avance y cambio de actitud ante la vida me trajo una inmensa satisfacción personal y profesional. Sé que

podrás lograr todo lo que te propongas, porque has demostrado ser una guerrera sumamente valiente. Gracias por todo.

A mis grandes tesoros emocionales; amigas de la vida, hermanas del alma; les agradezco su apoyo, cariño, comprensión y hermosa amistad, las admiro y espero que lo que hemos sembrado siga floreciendo, estaré eternamente agradecida con la vida de haberlas conocido: Estefanía Márquez y Cristina Soriano.

Estoy sumamente agradecida con usted, ya que fue un gran apoyo para nosotras en el proceso de titulación, lo admiro mucho como persona y también de manera profesional. Gracias por todo. Noel Morales Sosa.

Infinitamente agradecida con mi alma; la luz que irradia afuera es reflejo del brillo que lleva por dentro: Ilse Eliut.

INDICE.

Introducción.....	8
Resumen.....	9
Justificación.....	10
Metodología.....	11
Capítulo 1: Terapia Cognitivo Conductual.....	14
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Definición.....	15
1.3 Características de la Terapia.....	17
1.4 Aplicación de la Terapia.....	18
1.5 Técnicas de la Terapia.....	21
Capítulo 2: Codependencia Emocional.....	26
2.1 Antecedentes.....	26
2.2 Definición.....	26
2.3 Características.....	28
2.4 Tipos de codependencia.....	31
2.5 Factores que intervienen en el desarrollo de la codependencia.....	32
2.6 Consecuencias.....	33
2.7 Diagnóstico de la codependencia.....	34
Capítulo 3: El Noviazgo.....	36
3.1 Definición.....	36
3.2 Elección de pareja.....	37
3.3 Etapas del noviazgo.....	38
3.4 Estilos de apego en el noviazgo.....	40

Capítulo 4: El adulto joven.....	42
4.1 El adulto joven en el ciclo vital.....	42
4.2 Desarrollo físico.....	42
4.3 Desarrollo psicológico.....	43
4.4 Desarrollo intelectual.....	48
4.5 Desarrollo social.....	50
Resultados.....	52
Anexos.....	69
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	96
Referencias bibliográficas.....	97

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad vivimos en una época de constante cambios, de diversas opiniones y formas de pensamiento, de recesiones económicas, y luchas de poderes, aunado a esto, debemos recordar que el ser humano es por naturaleza un ser social, es decir que necesita convivir al lado de sus semejantes, ya sean amigos, padres de familia y por su puesto una pareja.

En pleno siglo XXI, las mujeres son denominadas independientes, debido a que trabajan, estudian, votan, y hacen demás cosas que en el pasado no se les estaban permitidas; sin embargo aún en la actualidad, existen mujeres que dependen de su pareja; con esto nos referimos a las relaciones de pareja tóxica, en las que ellas mantienen un rol sumiso.

¿A usted le ha pasado?, o quizás conoce de algún caso cercano en el cual la pareja de la chica le dice: “No te maquilles, porque a mí no me gusta que te arregles en exceso”, o bien el mensaje que se da por medio de las diversas redes sociales como ¿En dónde estás? o ¿con quién estas?; es por ello que las prohibiciones que la pareja impone se nos hacen algo normal en una relación de noviazgo; pues es el miedo quien nos invade al pensar que sí no hacemos lo que se nos pide perderemos a la pareja para siempre y mucho peor que sí no soportamos las demandas que nos hagan nos quedaremos solos.

La psicología, también ha abordado esta problemática social, y ha brindado al mundo sus conocimientos. Por medio de sus diferentes corrientes, podemos tratar de darle una posible solución o tratamiento a esta cuestión, que muchas veces o más bien en su mayoría nos parece algo muy habitual o común, algo que “debería” pasar en todas las parejas, o bien en su mayoría.

¿Por qué no vivir una relación sana?, en la que exista mutuo respeto y dedicación, en donde se destaque la libertad y la interacción sana; respetando la opinión de la pareja, compartiendo lo que somos para crecer tanto de manera personal como en la propia relación.

Asimismo es la autoestima la que debemos ir alimentando día con día, pues a partir de ésta tendremos bien establecida nuestra valía personal para así formar una relación de noviazgo con una dinámica sana que nos ayude al crecimiento personal.

RESUMEN.

Para la realización de esta tesis nos dimos a la tarea de recopilar información en 4 capítulos, los cuales son: Terapia cognitivo conductual, codependencia, adulto joven y noviazgo del adulto joven. Apoyándonos de diferentes autores que han indagado en el tema.

Realizamos un estudio de caso con una mujer de 22 años de edad, la cual se encontraba en una relación de codependencia, se trabajó a lo largo de once sesiones, tomando la primera como la sesión "Cero", apoyándonos de la terapia cognitivo conductual, obteniendo resultados de manera cualitativa; esto nos ayudó a resolver nuestra incógnita inicial: ¿De qué manera la terapia cognitivo conductual disminuye la codependencia emocional en el noviazgo?, también nos apoyamos de "Cuestionario de Codependencia de Roehling y Gaumont" (1996), en la adaptación experimental al Castellano de Sirvent y Martínez (2000), IBT (Cuestionario de creencias irracionales, por sus siglas en inglés), consultamos y utilizamos algunos libros de terapia racional emotiva, los cuales posteriormente se mencionan en las referencias bibliográficas.

Esperamos que la información aquí presentada sea útil al lector y en especial a los estudiantes de psicología y a mujeres que quieran llevar una relación de noviazgo libre de codependencia, una relación sana que esté encaminada al crecimiento personal y obviamente de pareja.

JUSTIFICACIÓN.

El estudio de las relaciones de pareja, hoy en día siguen siendo de gran relevancia, dado que en la sociedad actual se encuentran inmersos hombres y mujeres que en pareja interactúan de manera saludable o enfermiza.

Actualmente las relaciones patológicas y violentas se encuentran en aumento; es por ello que se considera de gran relevancia el tratamiento a la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven, ya que en esta etapa de la vida surge una transición considerable; en la cual se pasa de ser un adolescente a un joven el cual tendrá un nivel de madurez emocional y cognitivo mayor, el cual conlleva mayores responsabilidades; es por ello que en esta etapa muchos jóvenes buscan una relación más estable, que en varios casos puede conllevar al matrimonio y a la formación de una familia.

Aún en la actualidad se siguen cosechando tabúes en los que se considera a la mujer mexicana como la madre mártir, que todo resiste, la que llora en silencio y que todo lo soporta con tal de mantener su familia unida; sin embargo, esta situación no sólo se presenta en el matrimonio, sino también se da durante el noviazgo, ya que es desde ahí donde surgen conductas patológicas que carecen de ser adecuadas para el desarrollo óptimo de las relaciones interpersonales.

En la presente tesis buscamos aportar e informar al lector las posibilidades de una relación sana, por medio de la recopilación de literatura seleccionada, puntuando temas como el desarrollo del adulto joven, las relaciones de noviazgo, etc., y un estudio de caso, en el cual se aplicó un tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual, por su eficacia en la modificación de la conducta.

Metodología.

La terapia cognitivo conductual como alternativa para la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

Planteamiento del problema: ¿De qué manera la terapia cognitivo conductual disminuye la codependencia emocional en el noviazgo?

Objetivo general: Conocer de qué manera la terapia cognitivo conductual favorece el noviazgo del adulto joven.

Objetivos específicos:

- Conocer si influyen los estilos de apego en la dependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.
- Conocer si influye la falta madurez emocional en una relación de dependencia en el noviazgo del adulto joven.
- Saber de qué manera la autoestima influye en una relación de dependencia en el noviazgo del adulto joven.

Hipótesis:

Nula: La terapia cognitivo conductual es una alternativa que ayuda a disminuir la dependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

Alterna: La terapia cognitivo conductual no es una alternativa para la dependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

Tipo de estudio: Se realizara una investigación de tipo descriptivo, ya que se identificara y precisaran, cuales son los elementos principales que conforman el problema, para posteriormente llevarlo a la situación experimental de caso único de tipo exploratorio (Cozby, 2005).

Diseño: El diseño abarcará dos etapas, en la primera se establece la línea base, en la segunda se administra un tratamiento, para que posterior a ello se mida nuevamente la variable (León y Montero, 2003).

Población: Persona única, de sexo femenino.

Situación experimental: La investigación se llevara a cabo en un salón de usos múltiples de tres metros de ancho por cuatro metros de largo, mismo que se ubica en la zona oriente del Estado de México, cuenta con servicios como son: agua, luz, ventanas, loseta y salidas de emergencia.

Variables:

Variable independiente: Terapia cognitivo conductual

Variable dependiente: Dependencia emocional.

Noviazgo del adulto joven.

Variable independiente: Terapia cognitivo conductual.

Definición conceptual: La terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento científico y así mismo maneja su interior para hacer más completo su análisis. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución siendo esta un trabajo terapéutico directivo, ya que amplía un mundo de perspectivas a encontrar por el mismo, lo que los teóricos denominan pensamientos irracionales, realizando así una reestructuración cognitiva, lo que promoverá en el paciente una mejor adaptación a su ambiente. (Dostoc, 2010).

Variable dependiente: Codependencia emocional

Definición conceptual: Codependiente es aquel que ha permitido que el comportamiento de otra persona le afecte y que está obsesionado por controlar dicho comportamiento (Melody, 2005).

Definición operacional: La codependencia emocional se medirá por el “Cuestionario de Codependencia de Roehling y Gaumont” (1996), en la adaptación experimental al Castellano de Sirvent y Martínez (2000).

Este cuestionario contiene 36 reactivos (escala Likert de 5 puntos c/u), mide codependencia y se subdivide en 4 factores:

Intimidad: Miguel Ekmekdjian, lo definió como la facultad que tiene cada persona de disponer de una esfera de libertad individual, el cual no puede ser invadido por terceros. (Ítems, 1, 10, 12, 17, 21, 22, 24, 30, 32.)

Control: Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) es la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntaria, con el objetivo de alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional. (Ítems, 2, 4, 7, 16, 18, 25, 26, 27, 29, 34, 35.)

Responsabilidad: Según Bisquerra (2000) es la intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos, asumiendo la responsabilidad en la toma de decisiones. (Ítems, 3, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 19, 28.)

Enganche: Según Bisquerra (2000) un enganche psicológico muestra un modo de esclavitud de quien ha convertido en el centro de su vida y de su mundo, algo que en realidad, no fluye de una forma natural. (Ítems, 9, 13, 20, 23, 31, 33, 36.)

CAPITULO 1: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

1.1 Antecedentes:

En la terapia clínica de la psicología, se han ido estableciendo modelos terapéuticos capaces de facilitar la atención a los problemas de la población, es por ello que cada terapia posee sus propias bases teóricas y áreas de atención. Así pues, la terapia cognitivo conductual es una de las teorías la cual plantea su propio modelo terapéutico, el cual tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales, para la modificación de comportamientos. (Yapko, 2006).

Es por ello que este modelo terapéutico se considera primordiales dos elementos, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de las ideas irracionales. (Yapko, 2006).

Dada la atención terapéutica bajo este modelo de intervención se comienza por erradicar las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que a su vez desencadena actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo o bien de la personalidad. (Beck, 1983)

Es así como la terapia cognitivo conductual hizo su aparición en la escena de los tratamientos psicológicos a finales de los años 50, como una alternativa radical a los modelos existentes de la época. La terapia de la conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta es aprendida y que los principios descritos por las teorías de aprendizaje podían ser herramientas que se aplicaban en la práctica clínica. (Lazarus, 1958).

Es Lazarus (1958) quien menciona que los elementos más relevantes que contribuyeron al surgimiento y expansión de la terapia cognitivo conductual en los años 60 fueron: el conductismo mediacional, con autores como Tolman y su conducta propositiva y Bandura con su aprendizaje social; el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas, y la necesidad sentida por muchos autores, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal como lo manejaba el psicoanálisis.

Es así como la terapia cognitivo conductual tiene múltiples orígenes, en cuanto al termino; Lindsey y sus colaboradores (1953) proclaman ser los autores de éste, y se refieren que fueron ellos quienes lo sugirieron a Skinner, por ser una palabra simple.

Aarón Beck y Albert Ellis son dos de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere. Aunque desarrollados relativamente de manera independiente, sus dos modelos de intervención terapéutica coinciden. Debido a que ambos hacen hincapié en las influencias de que el pensamiento ejerce sobre las emociones. Por otra parte el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo. (Navarro, 1994).

Es por ello que se habla que la terapia cognitivo conductual surge a partir de los estudios del psiquiatra americano A. Beck (1967), el cual decía que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. (Navarro, 1994).

Como menciona Villegas (1990), el enfoque cognitivo conductual es probablemente uno de los más utilizados, ya que su premisa principal es modificar la conducta del individuo a través de conductas psicológicas que motiven al paciente a tener un cambio.

Estos principios han convertido a la modificación de la conducta en una orientación que ha contribuido en la psicoterapia científica, ya sea en la conceptualización de los problemas psicológicos como en el tratamiento. No obstante, aunque algunos autores consideren que más que un modelo terapéutico, se trata de un conjunto de técnicas eficaces, que ayudan al paciente en el tratamiento. (Reynoso, 2005).

1.2 Definición:

Navarro (1994) en su libro “del condicionamiento clásico a la terapia cognitivo conductual cognitiva”, define a la terapia cognitivo conductual como la herramienta que propicia el cambio actuando sobre el pensamiento y su correlato con la emoción y la conducta, tratando de descubrir en cada paciente cuales son las creencias y

pensamientos que han determinado que se actúe de cierta manera y que se experimenten determinadas emociones.

Algunas de las principales ventajas de esta terapia es que es de corta duración, tiene un enfoque práctico y su costo es considerable para las personas que lo requieran (Baron, 1996).

Por su parte, Leahy (2003) afirma que el modelo de la terapia cognitivo conductual está basado en la idea de que los estados disfuncionales son mantenidos por pensamientos distorsionados, por lo cual el trabajo del terapeuta consiste en hacer que el paciente reconozca sus estilos de pensamiento, para así modificar las distorsiones cognitivas mediante la aplicación de las técnicas.

La terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, en la que el terapeuta y el paciente trabajan de manera conjunta; esta disciplina afirma que los pensamientos causaran las emociones y por lo tanto se actuara a consecuencia de ellos; es decir, ésta es una forma de psicoterapia que pretende modificar a través de sus distintas técnicas, las conductas que están siendo problemáticas para el individuo, es por ello que se le considera una terapia pragmática ya que está centrada en la resolución de problemas. (Dennis, 2005).

Es factible definir a la terapia cognitivo conductual como la aplicación de principios derivados del análisis experimental de la conducta, a fin de provocar cambios para tratar la conducta desadaptativa del individuo. También puede decirse que esta consiste en la utilización de un conjunto muy variado de procedimientos clínicos, cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica. (Reynoso, 2005)

Dicho de otra manera podemos definirla como un tipo de psicoterapia que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significados afectan sus sentimientos y su conducta, por consiguiente la aplicación de la terapia cognitivo conductual está fundamentada en modelos que integran los aspectos cognitivos, conductuales, fisiológicos y ambientales, es decir que evalúan al paciente como un todo, centrándose en problemas concretos encaminados a descubrir soluciones prácticas. (Reynoso, 2005).

Sánchez (2008) La terapia Cognitivo Conductual pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera simultánea y sinérgica dicha terapia se centra en el presente, ya que es en la historia clínica donde podemos observar los patrones disfuncionales de pensamientos y conductas que el paciente está presentando en ese momento.

Uno de los propósitos de esta terapia es aumentar o reducir conductas específicas, al mismo tiempo en el que se modifican los pensamientos y su meta es eliminar o al menos reducir los síntomas negativos del desorden psicológico por nuevos síntomas positivos que los reemplacen (Sánchez, 2008).

1.3 Características de la terapia cognitivo conductual:

De acuerdo con Beck (1983) las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radica en que deberá tener una conducta activa durante el tratamiento, será de manera directa por parte del profesional, será estructurado y de tiempo limitado.

Por otro lado es Lazarus quien (1958) dictamino los pasos principales a seguir para la adecuada aplicación de la terapia con enfoque cognitivo conductual:

1.- La evaluación cuidadosa del caso, la cual se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento.

2.- Dichas hipótesis conducen a la segunda fase, que es la intervención propiamente dicha, es decir el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.

3.- La tercera fase, consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

Por su parte Reynoso (2005), advierte que la terapia cognitivo conductual parte de la premisa que la actividad cognitiva determina el comportamiento, obteniendo así, sus principales supuestos teóricos, los cuales se mencionan a continuación:

- 1.- Un cambio conductual se halla medido por la actividad cognitiva.
- 2.- La aceptación del determinismo es recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- 3.- La terapia está diseñada para hacer que el paciente identifique las creencias disfuncionales que se encuentran en su pensamiento.
- 4.- Tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación, más que en alguna supuesta causa subyacente.
- 5.- El ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos.
- 6.- Las técnicas aplicadas en este tipo de enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, entre otras.
- 7.- El terapeuta adapta su método de tratamiento de acuerdo al problema del paciente.

1.4 Aplicación de la terapia cognitivo conductual:

Lindsey (1953), dice que los terapeutas cognitivo conductuales se enfocan habitualmente en el estado actual más que en el pasado y se concentran en la visión y la percepción del paciente respecto a su vida; el primer paso en el proceso de cambio involucra el entrenamiento al paciente, que lo lleva a observar sus propias conductas (este periodo de recolección de datos permite al terapeuta y al paciente definir el problema y formular las posibilidades terapéuticas), el segundo proceso importante dentro de este modelo es la translación, ya que el terapeuta responde selectivamente a los enunciados declarativos del paciente, hace preguntas, deja tareas, se dan explicaciones; por lo que, de modo implícito o explícito se alienta al paciente a reconstruir los problemas

discutidos, (el terapeuta enseña al paciente sus propios constructos y así progresivamente empieza a interpretar eventos y experiencias).

Al respecto Lazarus (1958), afirma que cuando el terapeuta y el paciente han determinado la nueva conducta a probar, pueden trabajar de manera conjunta para diseñar un grupo de experimentos que ayudará al paciente a descubrir qué sucede cuando intenta algo nuevo. Estos experimentos se modelan a partir de la terapia de exposición, una intervención conductual en la cual un paciente identifica los pensamientos y los sentimientos negativos evocados en la situación, y aprende a reemplazarlos por pensamientos positivos mientras, progresivamente, va incorporando la nueva conducta.

De acuerdo a ello los pasos para diseñar un tratamiento cognitivo conductual son los siguientes (Lazarus, 1958):

1. Trabajar con el paciente para describir la situación y lo que él anticipa que sucederá al probar esta nueva conducta.

2. Trabajar con el paciente para desarrollar estrategias que puedan utilizarse en la situación.

3. Probar la nueva conducta en la sesión de terapia y a la par, trabajar con el paciente para dividir la acción en pasos pequeños que puedan ejecutarse en una secuencia con pausas, con el objeto de evaluar la necesidad de usar las estrategias conversadas o de incorporar una estrategia para tranquilizarlo.

4. Practicar este experimento varias veces, para que el paciente pueda lograr más práctica, e intente emplear distintas estrategias.

5. Impulsar a que el paciente pruebe la nueva conducta por sí mismo entre las sesiones y seguir trabajando con el paciente a fines de determinar si el experimento en su casa involucrará seguir uno o varios pasos de la nueva acción.

La meta esencial de la terapia cognitivo conductual es sensibilizar al paciente para erradicar a las falacias autodestructivas (ideas irracionales) que están interviniendo en sus

pensamientos. Por esa razón Beck organiza el procedimiento terapéutico en cuatro fases, respecto de las cuales considera deseable, en vista de la pasividad del paciente una intensa reestructuración cognitiva: (Beck, 1967)

1.- Observación: Que el paciente aprenda a observarse a sí mismo y a tomar nota de los pensamientos que le afloran de manera automática.

2.- Identificación: Analizar los diálogos internos y la tendencia autodestructiva hacia el paciente.

3.- Revisión de hipótesis: El paciente aprende a percibir de manera diferenciada las hipótesis acerca de sí mismo y de su ambiente que van implícitas en sus pensamientos automáticos, y a revisarlas en cuanto a su contenido verdadero. De este modo advierte que sus valoraciones y conclusiones no siempre son incuestionables, y discierne cada vez más diferenciadamente su aporte a la plasmación cognitiva de su modo de vida.

4.- Entrenamiento en explicaciones alternativas: En colaboración con el terapeuta se elaboran y reelaboran estructuraciones cognitivas que serán alternativas puestas a prueba en situaciones reales. Se trata aquí de concepciones contrarias a los pensamientos automáticos.

En otro orden de ideas, Baron (1996) menciona que algunas de las principales ventajas de la terapia cognitivo conductual y su aplicación, parte de su corta duración, tiene un enfoque práctico y su costo es considerable para las personas que lo requieran.

La Terapia Cognitivo conductual también se apoya de algunas mediciones psicométricas poniendo énfasis en la cuantificación, la identificación de los indicadores objetivos de progreso y de la medición de los mismos, es por ello que se ha convertido en una de las principales fuerzas en el campo de la psicología clínica (García, Rojas y Vargas, 2001).

En la actualidad el trabajo de los terapeutas cognitivo conductuales consiste en enseñar a los pacientes a realizar nuevas conductas y cogniciones dentro de la sesión, estas que son opuestas a las que comúnmente llevan a cabo en su rutina y que les causan conflicto o inestabilidad en su persona, provocando generalizarlas fuera de la consulta en todos los círculos sociales (Compas y Gotlib, 2003).

Así pues, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes, los terapeutas de la conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. Para ello, desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Los desarrollos de la psicología cognitivo conductual han tenido múltiples aplicaciones en el campo de la psicología, la educación, la lingüística, la medicina, la psicología de la salud, etc. Dentro de las aplicaciones en la psicología clínica y de la salud, los abordajes desde el modelo cognitivo conductual, no sólo se han ocupado de los desarrollos en cuanto a la psicoterapia, sino que han tenido especial impacto en las áreas de promoción de estilos de vida saludable y estilos de afrontamiento, además de la prevención de factores de riesgo. (Compas y Gotlib, 2003).

1.5 Técnicas de la terapia Cognitivo Conductual.

Para que se logre el objetivo terapéutico, es recomendable que el profesional utilice una serie de estrategias las cuales proporcionen un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos de los problemas que presenta como demanda terapéutica. (Valadez, 2002).

Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, son necesarias en el tratamiento de diversos problemas clínicos, debido al abordaje que se les da a éstos por medio de las estrategias oportunas y adecuadas. (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999).

De acuerdo con Méndez, Olivares y Moreno (1998) dichas técnicas se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento, y modificación de la conducta.

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad. (Beck, 1983).

Por otro lado las técnicas conductuales tienen como propósito lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en la ejecución de las conductas positivas. (Beck, 1983).

Las principales técnicas utilizadas en la aplicación de la terapia cognitivo conductual son diversas, entre ellas encontramos a la relajación, la desensibilización sistemática, imaginación guiada, entrenamiento asertivo, manejo de contingencias, contrato conductual, solución de problemas, reestructuración cognitiva, entre otras; es por ello que en este apartado nos dedicaremos a hablar de las más relevantes en la aplicación de este enfoque. (Reynoso, 2005)

Según Reynoso (2005) las principales técnicas aplicables en la terapia cognitivo conductual, son:

1.- La relajación:

Es la principal estrategia de intervención que se utiliza en el modelo cognitivo conductual es por ello, que esta técnica se le ha dado el nombre de “la aspirina de la medicina conductual” ya que en la práctica clínica actual es difícil encontrar a un terapeuta que no la aplique, una de sus ventajas va dirigida a reducir la ansiedad en los pacientes, no sólo desde la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectivas y cognitivas. Dentro de los diferentes procedimientos de relajación se encuentra la respiración diafragmática, mejor conocida como respiración profunda, esta técnica entrena al paciente a respirar a través de su diafragma.

2.- Imaginación guiada:

Es una herramienta muy útil para lograr el control de las emociones y de los procesos internos que nos lleve a efectuar cambios deseados en la conducta, esta técnica puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor. Es importante describir los efectos positivos tanto fisiológicos como psicológicos al estar imaginando escenas, una vez logrado esto se solicita al paciente que al ir confrontando la situación no placentera se relaje y visualice las imágenes previamente seleccionadas.

3.- Entrenamiento asertivo:

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos, incluye a todo procedimiento terapéutico que tiende a

incrementar la capacidad del paciente para adoptar un comportamiento apropiado. Las metas conductuales suelen incluir la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, por el contrario algunos procedimientos también se utilizan para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio. Esta herramienta beneficia al paciente de dos maneras significativas: en primer lugar menciona que el comportarse de manera asertiva generara en el individuo un sentimiento de bienestar que a su vez reduce el estrés; el segundo lugar corresponde menciona que la persona se encontrara en mejores condiciones de lograr recompensas, tanto sociales como materiales, lo que propiciará una vida más tranquila. Es aquí donde el terapeuta debe enseñarle al paciente a mantener el equilibrio entre las respuestas pasivas y agresivas, sabiendo hacia quien va a dirigirlas y en qué momento va a utilizarlas. Esta técnica por lo general se aplica a personas con problemas de habilidades sociales o a individuos muy agresivos ya que sus actitudes suelen generar una serie de problemas cotidianos. (Reynoso, 2005)

4.- Solución de problemas:

Se refiere al momento cuando no se le encuentra solución algún problema, las personas empiezan a tener malestares, sí las estrategias de afrontamiento fracasan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, la posibilidad de alivio disminuye, el problema comienza a parecer insoluble y la ansiedad o desesperación pueden llegar a niveles paralizantes. (D´Zurilla y Godfried, 1971).

Como complemento, Mahoney (1978) menciona que las distorsiones cognitivas (ideas irracionales) más comunes a tratar en la terapia cognitivo conductual son:

- Pensamiento todo-o-nada: Es pensar en acontecimientos malos en términos de que "siempre" son verdaderos o en acontecimientos buenos que "nunca" suceden o en una situación mala que sigue igual "para siempre".
- Generalizar en exceso: Tomar un acontecimiento negativo único y asumir que es verdadero todo el tiempo.

- Filtro mental: Prestar atención solamente a los acontecimientos malos que suceden y pasar por alto los acontecimientos buenos que son igual de relevantes.
- Descalificar lo positivo: Rechazar enunciaciones positivas de los demás, por ejemplo responder a un cumplido sobre su trabajo diciendo: "Debe haber sido solo buena suerte".
- Precipitarse a sacar conclusiones/tener pensamientos catastróficos: Aferrarse a cierta información para llegar a la conclusión de que lo peor ya pasó.
- Magnificación/minimización: Considerar los acontecimientos negativos como extremadamente importantes y los positivos como insignificantes.
- Razonamiento emocional: Dejar que la manera en la que algo le hace sentir distorsione su percepción de la situación.
- Enunciaciones con "debería": Aferrarse a un estándar irrazonable.
- Asignar rótulos: Asignarse rótulos negativos a sí mismo, de manera inadecuada.
- Personalización: Responsabilizarse personalmente por los acontecimientos negativos que le suceden a otras personas.
- Falacia del cambio: Creer que uno mismo, puede cambiar a los demás cuando, en realidad, solo puede cambiarse uno mismo.
- Falacia de la justicia: Estar resentido porque cree saber lo que es justo, pero otros no estarán de acuerdo con ello.
- Adivinar el futuro: Creer que se sabe, previamente, cuál será el resultado de algo.
- Leer la mente: Imaginar lo que alguien está pensando y luego reaccionar como si fuera real.

Así mismo, es necesario que los terapeutas sean cuidadosos al rotular estos patrones de pensamiento como distorsiones cognitivas, porque los pacientes pueden percibir que esto implica que todos sus problemas están "en sus cabezas"; Por lo tanto, hablar con los pacientes sobre qué clase de situaciones evocan estos pensamientos y de dónde pueden provenir tal vez los ayuden a entender los pensamientos como maneras aprendidas de respuesta, que pueden reemplazarse por aprendizajes nuevos que fomentarán sentimientos y conductas más positivas. (Mahoney, 1978).

Lo que denominamos distorsiones cognitivas son pensamientos negativos poco realistas aprendidos en situaciones negativas, los pacientes pueden haber aprendido esta manera de pensar de alguien que los juzgó, criticó o rechazó; Incluso, pueden haber aprendido esta manera de manejarse con experiencias y situaciones negativas múltiples en las cuales se les enseñó a culparse a sí mismos o a angustiarse, en vez de intentar modificar las situaciones que exceden su control o su influencia, en vez de hablar con los pacientes sobre sus "distorsiones" o "pensamientos distorsionados", se debe reemplazar esto por pensamientos "racionales" o "modificados", ya que puede resultar más útil hablarles sobre sus pensamientos "extremos", "inconducentes" o "inútiles" (Williams y Garland, 2002).

En el siguiente capítulo se describirá a detalle la codependencia emocional en las relaciones afectivas, con la finalidad de enlistar las principales características, a partir de la investigación de diversos autores.

CAPITULO 2: CODEPENDENCIA EMOCIONAL.

2.1. Antecedentes.

El término codependencia es relativamente nuevo en la literatura de la psicología y áreas afines, ya que se empezó a utilizar como tal en la década de los 80's para referirse a aquellas personas cercanas a otra que sufría algún tipo de adicción química, ya fuera alcohol o drogas y cuyas vidas de veían afectadas como producto de la cercanía de esta relación. (Salazar, 2007).

Es por ello que las primeras definiciones de la palabra se dan en el año de 1979 para describir a las personas que llevaban una vida ingobernable a consecuencia de la relación mantenida con un adicto, volviendo su vinculación emocional obsesiva, inadecuada y destructiva. (Beattie, 1997).

Melody Beattie (1997) menciona que de acuerdo con algunas investigaciones que realizó, las personas que estaban cercanamente relacionadas con dependientes a sustancias químicas o alcohol, desarrollaban patrones para menguar ese estilo de vida insano. En muchas ocasiones estas personas también desarrollaban conductas, estados físicos y emocionales similares a las del dependiente.

Posteriormente en los últimos años la definición de codependencia se empleó para incluir todas las personas que se convierten en víctimas del proceso de rescatar a cualquier persona compulsiva y/o adicto que las maltrata o que depende excesivamente de ellas, cabe mencionar que se puede presentar en relaciones de amistad, durante el noviazgo, en el matrimonio o con familiares en general (Salazar, 2007).

2.2 Definición:

Para poder entender la codependencia, primeramente hay que concretarla, por lo tanto a continuación se retoman distintas definiciones de los principales autores que han estudiado el término.

En primer lugar tenemos a Robin Noorwood (1985), el ser una persona codependiente significa permitir que el comportamiento de otro me afecte. Por lo cual la persona se centra en los problemas del otro, ya sea su pareja, un familiar, un amigo, etc.

Debido a este comportamiento es muy común que se relacione con personas problemáticas, justamente porque desea sentirse necesitado. De tal manera que el codependiente, al preocuparse por el otro, olvida sus propias necesidades y cuando la otra persona no responde como espera, se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más.

Por otra parte Sharon Wegsneider-Cruise (1985; en Rage, 1996) dice que la codependencia es una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia que recae en el aspecto emocional, social y en ocasiones física.

Asimismo J. Bradshaw (1990) define a la codependencia como un trastorno individual específico caracterizado por un intenso temor al abandono.

A través del tiempo la definición de codependencia se fue desarrollando y ampliando hasta abarcar un concepto de vínculo afectivo, es por ello que Robert Subby (1984; en Rage, 1996) denomina a la codependencia como una condición emocional, psicológica y conductual que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada y la práctica de una serie de conductas opresivas que impiden la expresión abierta de los sentimientos, así como la discusión directa de los problemas personales e interpersonales.

Algunos otros autores como Bodino y Castillo (2001, en Quiñonez, 2008) consideran a la codependencia como una adicción en sí misma, ya que presenta características similares a otras adicciones: entre ellas la pérdida de control, imposibilidad de fijar límites, obsesión y negación de la realidad.

Por su parte Retana Franco (2004) puntualiza que el codependiente se deja a sí mismo completamente de lado para anteponer siempre a su pareja, es decir que la felicidad del otro es más importante que la propia, tomando así la responsabilidad de hacernos cargo de la vida de la pareja. Es por ello que el codependiente busca un amante débil que pueda ser más controlable y menos capaz de huir de la relación.

Así pues, Violeta Zarco (2005) define a la codependencia como una condición cognoscitiva, afectiva y conductual que se manifiesta en el ámbito interpersonal y en donde la persona llega a presentar un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, tratando de resolverlos; es así como poco a poco pierde el control de su propia vida en todos los ámbitos ya que busca siempre el control sobre los demás.

De igual forma se hayan autores que señalan a la codependencia dentro de un aspecto con mayor desequilibrio en distintas áreas; por ejemplo para Gómez, Bolaños y Rivero (en Zarco, 2005) la codependencia es una involucramiento obsesivo de la pareja, llegando a ser los problemas del otro, los de uno mismo, viviendo por y para esa persona, desequilibrando así la propia vida del individuo, desde lo personal, familiar, laboral y social.

Por ultimo tenemos la definición de Quiñonez (2008) el cual menciona que el codependiente establece relaciones con un objeto enfermo para poder proyectar su propia patología, es decir que al mantenerse cerca de una persona enferma continuamente puede interferir en los problemas que al otro se le presente.

2.3 Características:

Además de tener una definición acerca del concepto también es necesario conocer cuáles son las principales características de la codependencia, por ello se enlistan las más representativas.

En primer lugar nuevamente tenemos a Robin Noorwood (1985) quien refiere que existen diferentes características que definen a las personas codependientes, entre las cuales las más representativas son las siguientes:

- Proviene de un hogar disfuncional que no cubrió sus necesidades emocionales.
- Proporcionan afecto de forma desmedida a las personas que consideran necesitarlo.
- Buscan parejas emocionalmente inaccesibles o a quienes intentan cambiar.
- Le temen al abandono.
- Debido a su falta de autoestima no creen merecer la felicidad.
- Sienten una gran necesidad de controlar a sus parejas.
- Son adictas al dolor emocional.
- Son más propensas a algún tipo de adicción (drogas, alcohol, comida, etc.)

- Se preocupan por los problemas de los demás y evitan los propios.
- No se sienten atraídas por personas estables.

De igual forma Beattie (1997) realiza una lista basada en su experiencia profesional, con la cual es más sencillo identificar a una persona codependiente:

- La conducta codependiente implica sentirse responsable por el bienestar, los sentimientos, acciones, pensamientos y necesidades de la otra persona.
- Las personas con las cuales se relacionan por lo regular son adictas, discapacitadas, enfermas, irresponsables o necesitadas.
- Se anticipan a las necesidades de otras personas, tratando de ayudar desesperadamente a los demás.
- Desean que les pasen cosas buenas y al mismo tiempo creen que nunca les pasaran, ya que en el fondo creen que no las merecen.
- Tienen cambios de humor dependiendo de las situaciones presentes en su vida.
- Tratan de controlar los sucesos y a las personas por medio de la somatización de emociones, de enfermedades, sentimientos de culpa, amenazas, manipulación y dominio.
- Relacionan el amor con el dolor, ya que dicen que no toleraran ciertas conductas en los demás, pero terminan aceptándolas por la necesidad de aceptación a aprobación.

Por otro lado Dorothy May (2000) señala que si bien la codependencia es cuestión de hombres y mujeres por igual, esta se manifiesta de forma diferente en cada uno, siendo más frecuente en la mujer ya que la hacen que se vuelva más complaciente desde el núcleo familiar y que se ocupe por cubrir las necesidades de los demás antes de las suyas.

De tal modo que Beattie (2005), concluye que las personas codependientes se enfrentan a cinco principales dificultades:

- El no tener niveles adecuados de autoestima.
- El no poder establecer límites funcionales.
- El no asumir y expresar su propia realidad.

- El no ocuparse de sus necesidades y deseos.
- El no saber experimentar y expresar sus emociones con moderación.

Ahora bien, de acuerdo con el National Council on Codependence, las características de las personas codependientes son las siguientes (Zarco, 2005):

- Creen en el amor a primera vista.
- La gente que es agradable con ellos les resulta aburrida.
- Sienten miedo al abandono o al rechazo.
- Se sienten responsables de los sentimientos de los demás.
- Necesitan proteger a otros y sentirse necesitados.
- Piensan que sus problemas se resolverían si consiguen que su pareja cambie.
- No pueden sentirse bien consigo mismos si su relación de pareja no va bien.
- Se sienten incompletos sin su pareja.
- No saben decir “no” y si lo hacen se sienten culpables.
- Siempre anteponen las necesidades de los demás a las propias.
- Tienen miedo a no tener control.
- Tienen dificultad de expresar sus sentimientos.
- Sentimientos de baja valía personal.
- No se perciben como personas importantes ni sienten amor hacia sí mismos.
- Su autoestima disminuye al no poder resolver los problemas de los demás.
- Se juzgan a sí mismos con severidad.
- Son autocríticos, nada de lo que hacen les satisface por completo.

2.4 Tipos de codependencia:

Sí bien es cierto que la codependencia tiene características específicas que hacen posible su diagnóstico, de acuerdo a Dorothy May (2000) es posible distinguir dos tipos de codependencia, la codependencia sumisa donde la persona es claramente subordinada y la codependencia controladora donde la persona es dominante, es importante señalar que ninguno de los casos es más ventajoso que el otro, ni menos dañino, claramente son formas de relacionarse poco saludables.

Ahora bien, de acuerdo con Dorothy May (2000) las principales características de la codependencia sumisa son:

- La atención mental está centrada en el otro.
- La autoestima de la persona está enfocada en la búsqueda de gustarle a la otra persona.
- Se ve forzada a solucionarle los problemas al otro, a aliviar el sufrimiento del otro, buscando así la aprobación constante de la otra persona.
- Lo que se dice y lo que se hace está determinado por el miedo al conflicto, al abandono y al rechazo.
- Utiliza como medios de control el hacerse víctima, pretender que tiene enfermedades o tuvo un accidente.

Por otro lado May (2000) menciona que el codependiente controlador es:

- Manipulador y evasivo.
- La autoestima se basa en la atención que el otro le pueda poner, el afecto que puedan sentir por él, es decir, el valor se le da a las demás personas.
- No es consciente de sus sentimientos y necesidades, como tampoco se es consciente de los sentimientos y necesidades de las demás personas.
- Le teme al rechazo e igualmente a la cercanía, ya que provoca vulnerabilidad.

- Principalmente utiliza como medio de control el enojo. El orgullo es su principal defensa.
- La expresión de sentimientos es tomada como debilidad, por lo que la persona es cerrada, inflexible y dura.

Por su parte Barnetche de Castrillo (2000; en Zarco, 2005) menciona que existen cinco patrones de conducta a través de las cuales se manifiesta la codependencia en una pareja:

- a) El complaciente: Esta conducta comienza con el deseo de ayudar y después toma en sus hombros la responsabilidad del otro. Sintiendo responsables en forma obsesiva de la felicidad de su pareja.
- b) El dador: Son movidos por su necesidad obsesiva de solucionar los problemas, dan incluso aunque no quieran y lo siguen haciendo por obligación.
- c) El protector: Son los que se preocupan en exceso por el bienestar de los otros, en especial de sus parejas. Al tomar la responsabilidad de proteger al otro se vuelven ayudadores obsesivos y asumen una carga excesiva para sí mismos.
- d) El consejero: Estos tienden a ayudar a su pareja cuando viven una situación problemática, sienten una fuerte necesidad de ayudarlos antes de que se les pida consejo, corren el riesgo de sentirse deprimidos y abatidos por los problemas ajenos, olvidando los propios.
- e) El salvador: Ellos atraen a una pareja que por lo general está en crisis, dejan todo a un lado por ayudarla en ese momento, son incapaces de planear su vida pues están siempre a disposición de los problemas de su pareja, por lo que se sienten indispensables en todo momento.

2.5 Factores que intervienen en el desarrollo de la codependencia.

Existen diversos factores que pueden promover la codependencia emocional; algunas de estas se manifiestan en conductas aprendidas en el núcleo familiar, que a su vez son influenciadas por la sociedad (Barnetche, 2007); es por ello que a continuación se

describen algunos de los factores que propician el desarrollo de patrones de conducta codependiente.

En primer lugar Beattie (1997) menciona que en algunas ocasiones la conducta codependiente se entremezcla con el rol de género que promueve la sociedad para las mujeres, es decir el procurar siempre a la pareja, a los hijos y a la familia conlleva a que la codependencia sea un patrón de conducta aprendido en el núcleo familiar, por otro lado hace énfasis en que en situaciones de abuso sexual se ve dañada el autoestima de la persona, la cual trae consigo inseguridad, represión de sentimientos y negación de la realidad.

Por otro lado, Noorwood (2003) menciona que es probable mas no determinante que una persona desarrolle patrones de codependencia sí proviene de una familia disfuncional, en donde son incapaces de comunicar sus sentimientos y resolver problemas, igualmente el provenir de familias sobreprotectoras puede llevar a una persona a relacionarse con estos patrones de conducta.

Para concluir, Pachuk (2011) menciona que existen diversos factores que pueden promover que una persona desarrolle patrones de codependencia, una de las más importantes es el papel que juega la familia, ya que a su vez está influenciada por la sociedad y por las experiencias vividas a lo largo de su historia personal.

2.6 Consecuencias de la codependencia.

Noorwood (2003) menciona que las consecuencias de la codependencia son múltiples, ya que esta condición emocional trae consigo un desequilibrio integral en el individuo que la padece. El hecho de que una persona se relacione de forma enferma con otra, daña severamente su concepción de la realidad, de lo sano, y hace que estos patrones se conviertan en algo común que la persona vive todos los días, por lo regular los codependientes son personas que ignoran los problemas o pretenden que no existen, o que las circunstancias que viven no son tan malas como son en realidad.

Es por ello que son incapaces de poner límites claros acerca de las conductas que estarían dispuestos a tolerar de los demás y en muchas ocasiones no están conscientes de su límite de tolerancia, pero poco a poco estos límites se incrementan y/o se vuelven

más amplios, hasta el grado de hacer y tolerar cosas que habían dicho nunca harían, como permitir que otras personas las lastimen de cualquier forma que represente violencia, ya sea psicológica o física. (Noorwood, 2003).

Por su parte, Beattie (1997) menciona que el vivir con formas de convivencia dañina, ocasiona un deterioro de la autoestima, las personas pueden llegar a culparse a sí mismos o sentirse responsables, de todo lo que sucede, tanto las circunstancias como las conductas de otras personas volviéndose vulnerables a las críticas y al rechazo que finalmente pueden llevar a que la persona codependiente se aísle.

2.7 Diagnóstico de la codependencia.

A pesar de lo descrito en este capítulo es necesario mencionar que la detección de la codependencia, es en algunas ocasiones una labor ardua para el psicólogo, ya que para empezar en algunas ocasiones este padecimiento no es tan intenso sí a esto le acuñamos que las personas codependientes no consideran estar enfermas, rara vez acuden a consulta psicológica, y cuando es así la enfermedad ya se encuentra muy avanzada. (Beattie, 1997).

De acuerdo con Riso (2008) la incidencia de la codependencia es más alta de lo que se estima, la mitad de las conductas psicológicas se deben a problemas ocasionados o relacionados con la codependencia patológica interpersonal, dentro de las razones se encuentra la incompetencia para terminar una relación nociva y resolver el abandono o la pérdida afectiva.

Si bien se ha mencionado ya, además del concepto y las características que conforman la codependencia, es importante también señalar la medición que se ha utilizado para realizar esta investigación.

Es por ello que el profesional ha de tener en cuenta que la codependencia puede presentarse entre dos personas; en consecuencia el diagnóstico y el tratamiento será más complejo, ya que se puede reincidir en los patrones de conducta que a su vez la pareja refuerza, llegando así a prevalecer toda o la mayor parte de la vida. (Noorwood, 2003).

En 1996, Roehling y Gaumond construyeron la Escala Codependence Questionnaire (CdQ) con los factores contenidos (Zarco, 2005):

- Intimidad.
- Control.
- Responsabilidad.
- Enganche.

Es por ello que en esta investigación se utilizó la Escala de Roehling y Gaumont (1996) con la adaptación al Castellano de Sirvent y Martínez (2000) ya que la adaptación es para uso exclusivo de investigación.

En resumen, la codependencia consiste en estar en total o casi totalmente centrados en una persona, un lugar o en algo fuera de nosotros mismos. Es por ello que la codependencia se caracteriza por la negación inconsciente de nuestras emociones, la cual es una respuesta humana común a hechos o situaciones a los que no podemos hacerle frente o no nos permitimos sentir, siendo una forma de protección. Por lo tanto un codependiente tendrá que aprender a establecer límites y a relacionarse de forma sana con las demás personas.

CAPÍTULO 3: EI NOVIAZGO.

3.1 Definición:

Primeramente algo que Bood y Bob (1980; en Quiñonez, 2008) mencionan es que en el noviazgo son esenciales las citas, ya que estas son la interacción que permiten la comunicación entre dos individuos con el propósito de acompañarse el uno al otro, sin tener necesariamente intención de casarse.

Ahora bien, de acuerdo con algunos autores como Jeffrey (1989; en Quiñonez, 2008) menciona que el noviazgo es una etapa esencial de la vida, la cual implica la elección de la pareja que se espera conocer durante un tiempo determinado para tener un lazo emocional más estrecho.

En tanto López (2004) dice que un hombre y una mujer son novios cuando mantienen una relación amorosa con vistas a casarse.

Por otro lado, Aguirre (1994) puntualiza que para el adulto joven, la relación de noviazgo lleva implícita la comunicación, la alegría y una especie de fecundidad psicológica caracterizada por euforia, entusiasmo hacia la vida y el deseo de juntos madurar a lado de su pareja; es así que ésta se convierte en una forma de vivir el amor.

Por su parte, Thibault (1998) considera que la formación del noviazgo no responde a una sola necesidad, sino que de acuerdo a cada época surgen diferentes motivaciones para formar esta relación de pareja, ya sea por exigencias culturales o afinidades personales.

Asimismo, Ferreira (1992) considera al noviazgo como el modelo romántico y cultural del amor, en donde se encuentra la auto-renuncia y el sacrificio de la autonomía individual por el otro (pareja), es por ello que le llama "tolerancia por amor".

Por su lado, Álvarez-Gayou (1996) refieren que en el noviazgo es necesario que exista atracción física, atracción intelectual y atracción afectiva para que ésta sea satisfactoria.

De igual forma, Martínez (2006), simplifica que el noviazgo en el adulto joven representa un lazo interpersonal de conducta, afecto y emociones que se establecen, a

partir de un compromiso y adquiere in significado tanto en la sociedad como con los miembros de la pareja.

Por otra parte, Quiñonez (2008) señala que las primeras experiencias románticas asumen un rol significativo en el desarrollo de las habilidades para intimar con otros, y es precisamente el noviazgo la oportunidad para ello. Ya que en todo tipo de conductas afectivas el sujeto tiene la necesidad de mantener el contacto físico cercano, desarrollando así un nivel cercano de intimidad, de ahí que sea la experiencia idónea para satisfacerla.

Para concluir, Hurlock (1991) menciona que el noviazgo constituye una forma de relación social que lleva implícito un compromiso u obligación pública con respecto a la acción futura. Después de una serie de experiencias en cuanto a relaciones serias, los adultos jóvenes establecen valores con respecto a las cualidades que desean en el compañero de toda la vida.

3.2 Elección de pareja:

La elección de pareja es una de las decisiones más importantes que un individuo hace durante la etapa de la adultez temprana, es por ello que se vuelve un proceso complejo en el que influyen diversas variables (Aron, Dutton, 1989; en Papalia, 2000).

Una vez que se juzga atractiva y con características deseables a la otra persona, se buscan signos de que la atracción es mutua. La reciprocidad no solo fomenta la autoestima, sino que también reduce la probabilidad de rechazo. (Aron, 1989; en Papalia, 2000).

Por su parte, Bobe (1994) nos habla acerca de que existen varios mecanismos que intervienen en la elección de pareja, como lo son los biológicos, psicológicos y sociales.

Asimismo, Winch (1958) menciona que la elección de pareja se da debido a las necesidades complementarias, mejor conocido como colusión, en la cual la pareja se forma a partir de ciertos tipos de conflictos similares no resueltos, que finalmente los pueden llevar a un cambio, en el cual es importante sentirse aceptado, fortalecido y comprendido el uno por el otro.

Por otro lado, Diks (1967) menciona que la elección de pareja no es un accidente, sino que más bien las personas se unen de manera inconsciente basándose en las normas y valores socioculturales, en la interacción de los egos lo cual significa que la persona va a buscar una relación que se asemeje a la primera que tuvo con sus padres.

Para concluir, Pérez (2006) menciona que la expresión emocional conduce a la elección de pareja en el enamoramiento, el cual es entendido como una fuerza o impulso que nos lleva hacia el otro y que lo convierte en una persona especial.

3.3 Etapas del noviazgo:

Para adquirir mayor claridad de qué es lo que pasa con una pareja dentro del noviazgo, Campbell (1991; en Quiñonez, 2008) describe las cinco etapas principales:

1.- Idilio: La pareja está inspirada por su visión de cómo se supone que debería de ser su relación. Existe la ilusión de la unidad, fantasías de un futuro armonioso. Los miembros de la pareja niegan cualquier sentimiento de diferencia o separación creando diversas formas de dependencia de la relación.

2.- La lucha por el poder: Esta etapa comienza cuando cada uno de los miembros de la pareja reconoce que el otro no es como creía que era. En lugar de una visión se experimenta una división: diferencias y dificultades dentro de la relación, ya que ésta mantenía una promesa pero se ha roto, por lo cual cada uno se siente desilusionado. De este modo, la lucha por el poder en algunos casos es un intento por conseguir que su compañero (a) sea del modo como se supuso debería de ser, es decir, el modo como él o ella prometió ser. A otros, la lucha por el poder les lleva a herir a su compañero (a), en venganza por la decepción que uno se ha llevado. El obstáculo que hay que superar en esta etapa es la ilusión del poder, es decir, la manipulación o la dominación con independencia de que sea sutil o no, pueden hacernos alcanzar lo que tanto deseamos. La etapa llega a su fin cuando uno reconoce cómo es y si la relación sobrevive a la lucha del poder, se pasa a una etapa más específica y con mayor adaptación.

3.- Estabilidad: Esta etapa comienza con el perdón, los miembros de la pareja renuncian a su tenaz obstinación en hacer "que funcione" la relación y se permiten errar y

fallar. Llegan a aceptarse el uno al otro como personas individuales y aprenden de sus conflictos en lugar de trastornarse por ellos. Logran poner algo más de atención en lo que esta fuera de la relación y dentro de sí mismos, una vez reconocido que la relación de pareja, es simplemente, una parte de su vida y que ésta a su vez no va a satisfacer todas sus necesidades. Elaboran un conjunto estable de reglas con quien negocian las diferencias y un conjunto estable de expectativas del poder de cada uno. El obstáculo que se ha de superar es la ilusión de la paz, el apego a la estabilidad a costa de la novedad y el cambio.

4.- Compromiso: En esta etapa la pareja se rinde verdaderamente a lo que es y acepta la realidad y los fallos humanos de la relación. Abandonan la intención de remodelar al compañero (a) y tratan de ser agradables a toda costa. Aprenden a manejar la tensión y los conflictos inherentes al dilema de amar y detestar a la persona. Saben amarse sin necesidad de estar de acuerdo en todas y cada una de las ocasiones, las parejas que continúan llegan a comprender la interconexión existente entre todos los seres humanos de cualquier parte; interdependencia que es paralela a la experimentada por la pareja.

5.- Creación conjunta: En esta etapa la pareja es capaz de expresar el sentimiento de unidad humana que experimentan en su relación y ofrecen a los demás los frutos de su creación conjunta. Así, las parejas que están en esta etapa normalmente se ocupan de trabajos creativos compartidos como forma de hacer una contribución al mundo.

Ahora bien cabe aclarar que estas etapas del noviazgo antes descritas se tratan de un “noviazgo normal”, por así decirlo, sin embargo no se sabe aún si las etapas por las que una pareja codependiente atraviesa son las mismas, lo que sí es evidente es que no importa el número de etapas por las que la pareja pase, su relación se encontrará en cualquiera de sus etapas, de una forma un tanto patológica y dolorosa si ésta no tiene ayuda psicológica. (Zarco, 2005).

Por otro lado Rogers (1972) menciona que para que una relación progrese y se enriquezca es importante y necesario:

- La dedicación y la entrega; que significa comprometerse mutuamente a trabajar juntos en el proceso de cambio de la relación.

- Comunicación; considerada como la expresión de los sentimientos que existen, ya sea positivos o negativos y no dejar que se conviertan en resentimiento.
- Convertirse en un yo separado; cuando cada uno de los miembros progresa de forma individual la pareja se enriquece aún más.

3.4 Estilos de Apego en el noviazgo:

En su búsqueda de la continuidad e influencia entre las experiencias tempranas y la calidad de las relaciones durante el ciclo vital, varios investigadores se han vuelto hacia la teoría del apego. Este enfoque ofrece una perspectiva del ciclo vital sobre el desarrollo de los lazos afectivos (Ainsworth, 1989).

El término apego alude a un vínculo emocional entre dos personas “en esencia es identificarse con, querer a, y desear estar con la otra persona, representa un estado interno en el individuo (Cicirelli. 1991).

En primer lugar Cindy Hazan y Phillip Shaver (1987) son quienes mejor han desarrollado la aplicación de la teoría del apego a las relaciones del amor romántico, pues sostienen que los estilos de apego que se originan en la interacción entre el infante y madre y éstas a su vez influyen en las relaciones de manera importante. Es por ello que consideran que el amor romántico es un proceso biológico que evolucionó con la finalidad de promover el apego entre parejas sexuales adultas.

Por otro lado, Fraley & Davis (1997; en Papalia, 2000) mencionan que en la adultez la pareja se convierte en la figura de apego más importante, tanto que la proximidad que se mantiene entre los individuos es una fuente de apoyo, comodidad y confianza.

De acuerdo a los estilos que Bowlby (1973) propuso, Shaver (1998) enlista los tres tipos de apego adulto:

- 1) Un apego seguro: Desarrollado a través de la certeza de que hay acceso al objeto de apego, lo cual deriva en sentirse libre de miedo y ansiedad, aun cuando el objeto de apego no se encuentre presente, ya que se confía en que si se necesitara, sería posible acceder a él.

2) Un apego ansioso-ambivalente: Caracterizado por una ansiedad crónica relativa al objeto de apego, en este estilo, las personas tienen confianza en el acceso y respuesta del objeto de apego, puesto que éste es inconsciente.

3) Un apego de evitación: Se hace presente como una reacción defensiva ante el factible rechazo por el objeto de apego primero, y para protegerse a sí misma, a su vez rechazan o evitan cualquier tipo de cercanía.

CAPITULO 4: EL ADULTO JOVEN.

4.1 El Adulto joven según el ciclo vital:

Matilda Riley (1971) insistía en que el desarrollo humano ha de verse desde una perspectiva biopsicosocial, fue ella quien realizó la “Teoría de la estratificación por edades”, en la cual, indica una superposición de capas sociales. Cada capa está compuesta por unos atributos o características específicas con los que se identifican un grupo determinado de personas o colectivos constituyendo su lugar de pertenencia. Es por ello que la sociedad actual reconoce cuatro capas sociales:

- 1) Infancia
- 2) Adolescencia
- 3) Adulthood
- 4) Vejez.

Por otro lado y, según la perspectiva del ciclo vital el desarrollo humano se divide en dos fases: la primera es conocida como fase temprana y corresponde a la niñez y a la adolescencia, en la segunda fase se conoce como fase tardía y comprende al adulto joven, al adulto maduro y al adulto mayor, la primera se caracteriza por un rápido incremento de tamaño y capacidades físicas relacionadas con la edad, los cambios ocurren también en la fase posterior, sólo que con mayor lentitud; las capacidades siguen su desarrollo a medida que nos adaptamos al ambiente. (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998).

Baltes (1998), en su “Enfoque del desarrollo del ciclo vital” afirmaba que el desarrollo a lo largo de este, se debe a la interacción dinámica entre crecimiento, mantenimiento y regulación de la pérdida, es decir, cuando un individuo va madurando y a la vez envejeciendo tiene que elegir entre varias posibilidades y oportunidades.

4.2 Desarrollo físico:

La edad adulta temprana (20-40 años) se caracteriza fundamentalmente por una gran resistencia y energía; su cuerpo está plenamente vigoroso, la estatura se estabiliza

alrededor de los 30 años y la fuerza muscular está en su apogeo sobre los 25. De los 25 a 30 años, el ser humano se encuentra en el punto máximo de su fortaleza muscular y destreza manual, por lo que sus habilidades laborales, artísticas y deportivas son utilizadas para la adquisición y beneficio de un trabajo, oficio o arte.

Durante este periodo los adultos son muy sanos, no tienen enfermedades y ellos mismos se valoran muy bien; si se presenta alguna dificultad, puede ser por causa de accidentes, pero por lo general, no existen problemas de salud. El adulto joven goza de plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia hallan su punto máximo desde los 25 años, momento en que el cuerpo se ha desarrollado casi por completo. Baltes (1998)

4.3 Desarrollo psicológico:

Daniel A. Prescott (1967) define que el adulto joven requiere fomentar su salud mental a través de la satisfacción de necesidades ya sean fisiológicas, sociales e integrativas del yo.

1.- Las necesidades fisiológicas son aquellas que surgen principalmente de la estructura del dinámico equilibrio bioquímico del cuerpo del individuo.

A) Materiales esenciales:

-Alimentos y líquidos apropiados.

-Vestido y refugio adecuado.

B) Ritmo de actividad y descanso:

-Actividad muscular.

- Hábitos de reposo suficiente.

C) Actividad sexual.

2.- Las necesidades sociales o de posición describen las relaciones que son esenciales y se establecen entre una y otra persona, dependiendo de la cultura de cada individuo.

a) Afecto.

b) Pertenencias.

c) Simpatía hacia los demás.

3.- Las necesidades integrativas del yo son las requeridas para organizar y simbolizar la experiencia con la cual logra el individuo descubrir su papel en la vida y llevarlo a cabo adecuadamente.

a) Contacto con la realidad.

b) Armonía con la realidad.

c) Simbolización progresiva:

1.- Organización de la experiencia.

2.- Establecer una ordenación lógica de ideas.

3.- Llegar a conceptos generales.

4.- Desarrollar el lenguaje, tanto verbal como con relación de la postura (corporal).

d) Aumento de la auto orientación.

e) Equilibrio de éxitos y fracasos.

f) Obtención de la personalidad e individualidad.

Por otro lado, Lawrence K. Frank (1951) realiza una lista a la que llama “de las necesidades fundamentales”, y hace hincapié en que éstas no son exigencias orgánicas, sino necesidades psicológicas que se van despertando durante el proceso de socialización.

1.- Estar protegido contra dolores innecesarios, privaciones y explotación.

2.- Ser aceptado como individuo único.

3.- Permitirle al individuo crecer a su propio ritmo.

4.- Satisfacción emocional.

- 5.- Confianza.
- 6.- Ayuda para regular repuestas emocionales (redes de apoyo).
- 7.- Aceptar su propio sexo.
- 8.- Ayuda para cumplir con las exigencias de la vida.

Otro autor que habla sobre las necesidades es Abraham H. Maslow (1943), quien las define como “déficits esenciales de un organismo que por bien de la salud mental han de quedar satisfechos”. Por tanto, una necesidad es una carencia, un deseo o bien una exigencia, que se manifiesta en el individuo por varias razones, ya sea por sus anhelos y apetencias o por sus sentimientos de carencia y deficiencia. Cabe recalcar que por ese motivo la frustración es una necesidad básica la cual causa trastornos psicopatológicos.

Maslow (1943) enumera en orden de predominios, cuatro necesidades básicas y una de crecimiento, las primeras son:

- 1) Fisiológicas
- 2) De seguridad
- 3) De pertenencia
- 4) De estima
- 5) Y por último se encuentra la autorrealización, es decir, la necesidad de conseguir la realización personal es la meta por la cual todos los humanos luchan, es la realización de la propia potencialidad.

Por medio del concepto de necesidades básicas, Maslow (1943) explica la unidad básica que cree se encuentra detrás de la aparente diversidad de culturas, por consiguiente se afirma que la satisfacción de una necesidad es básica o instintiva sí:

- 1) La ausencia engendra la enfermedad
- 2) Su presencia la evita
- 3) Su restauración la cura

4) Bajo cierta situación de libre elección la persona insatisfecha prefiere a otras satisfacciones y

5) Su deficiencia es inactiva, es decir, en decaimiento, o está funcionalmente ausente de una persona saludable.

De acuerdo con Havighurst (1966), citado en el libro "El estudio del ciclo de vida, a partir de historias de vida una propuesta práctica" (Villar Posada, 2006), los jóvenes necesitan hacer cambios notables en sus perspectivas y estilo de vida, es por ello que realiza las tareas de esta etapa de desarrollo:

- 1.- Lograr nuevas relaciones y que éstas sean más maduras con personas de ambos sexos (ya sean relaciones de pareja o amistad).
- 2.- Lograr un papel social masculino o femenino.
- 3.- Aceptar la condición física y utilizar su cuerpo en forma eficiente.
- 4.- Lograr independencia emocional.
- 5.- Alcanzar la seguridad de una independencia económica.
- 6.- Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.
- 7.- Desarrollar habilidades intelectuales.
- 8.- Desarrollar habilidades sociales y de convivencia.
- 9.- Desear y lograr una conducta responsable ante la sociedad.
- 10.- Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético que sirvan de guía a su comportamiento.

Por ello, estas tareas de desarrollo manifiestan ciertas características comunes:

- a) Están orientadas y centradas en el comportamiento.
- b) Hacen necesaria gran diversidad de aprendizajes.
- c) Son comunes en la mayoría de los jóvenes.

- d) Definen áreas que les interesan a los jóvenes.
- e) Tienen la oportunidad de lograrlo en ciertos periodos.

Según Marvin (1981), lograr la madurez emocional es una de las principales metas del adulto joven, puesto que tal logro representa uno de los criterios de la consecución de esta etapa del desarrollo. Desde luego, es el grupo “adulto” el que decide cuando un joven ha alcanzado la madurez emocional, ya que aunque él o ella se sienta plenamente maduro(a), puede que sus reacciones emocionales y conductuales evidencien lo contrario.

Según Cook (1970) la madurez emocional ocurre en tres etapas, mismas que se enlistan a continuación:

- a) La primera etapa incluye la independencia (emocional de los padres), que por lo general se logra a partir de los dieciocho años, aunque en aquellos jóvenes cuyos padres son dominantes o sobreprotectores se logra después.
- b) La segunda etapa es la del realismo, que se encuentra entre el optimismo exagerado y el pesimismo excesivo y se alcanza a una edad que todavía no ha sido determinada específicamente.
- c) La tercera etapa de madurez emocional es el autocontrol, que aumenta gradualmente desde los veinte a los cuarenta años de edad, en ella el individuo emancipado ha sido definido como el que se ha logrado una independencia relativa de la dirección del adulto.

Es por ello que la madurez emocional es un factor bastante evasivo en el desarrollo del adulto joven, ya que existen varios aspectos que pueden alcanzarse pronto en el desarrollo del individuo y en otros que no pueden lograrse en esta etapa. La madurez alcanzada gracias al desarrollo cognoscitivo y moral, faculta al adulto joven para experimentar relaciones sociales basadas cada vez más en el compromiso y responsabilidad. Estas relaciones parten de una aceptación y reconocimiento en primer lugar de un “yo” sano y diferenciado, capaz de abrir sus fronteras en búsqueda de nuevas y diferentes experiencias. (Marvin, 1981).

4.4 Desarrollo intelectual:

De acuerdo a Marvin (1981), en la edad adulta temprana, el pensamiento se ha tornado más flexible, abierto, adaptable e individualista como consecuencia de la capacidad de abstraer, analizar y confrontar los nuevos contenidos cognoscitivos.

Este periodo de vida, en el aspecto cognoscitivo, implica tres momentos que van desde la adquisición de información y habilidades, es decir, lo que se necesita saber, ya sea mediante la educación formal o informal, para pasar, posteriormente, a la integración práctica de los conocimientos y habilidades, lo que equivale hoy en día a las competencias; para que, finalmente, en este proceso se encuentre un significado y propósito del actuar, de las decisiones y de los propósitos.

Mientras que K. Warner Schaie (1977), según menciona Kathleen Stassen, en el libro "Psicología del desarrollo: adultez y vejez", propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital, en etapas que marcan las formas de adquisición del conocimiento, las cuales son:

1. Etapa de adquisición: Esta, abarca la niñez y adolescencia, adquiriendo información y habilidades por sí mismo o como preparación para participar en la sociedad. Es el momento de la asimilación de todos los conocimientos impartidos tanto por la escuela como por la familia y la sociedad en general.
2. Etapa de logros: Se inicia a partir de los 19 o 20 años hasta principios de los 30 años. Corresponde al momento del término de la educación media superior, por lo que algunos alumnos darán continuidad a sus estudios, en tanto que otros se incorporarán a la vida laboral, razón por la que harán uso de lo que saben para obtener competencia e independencia, en estas dos áreas de la vida.
3. Etapa de responsabilidad: Se ubica a finales de los 30 años e inicio de los 60 años. Las personas de mediana edad generalmente están preocupadas por cumplir con metas de largo alcance y problemas prácticos asociados con la responsabilidad para con otras personas, como la familia, los subordinados en el trabajo o la comunidad.
4. Etapa ejecutiva: El adulto joven es responsable de sistemas sociales, en los que no sólo asume la responsabilidad como en la etapa anterior, sino que promueve cambios y

los ejecuta con base en las necesidades, en general, trata con relaciones complejas en varios niveles (va de 30 o 40 años de edad hasta final de la edad mediana, 65 años).

5. Etapa reorganizadora: Para muchas personas esta etapa coincide con la jubilación, por lo que tendrán que reorganizan sus vidas alrededor de actividades muchas veces no relacionadas con el trabajo; donde existe la posibilidad de realizar actividades en las que apliquen su experiencia y conocimientos adquiridos durante la época laboral (de 65 años en adelante).

6. Etapa reintegradora: Corresponde a la edad adulta tardía, es decir, 70 años o más. Los adultos mayores deciden concentrar su 24 limitada energía en tareas que tienen significado para ellos, siendo éstas más de tipo familiar y espiritual.

7. Etapa de creación del legado: Se considera esta etapa en la vejez avanzada, es decir, de 80 u 85 años en adelante. La gente mayor se prepara para morir, documentando las historias de su vida, desapegándose de las cosas materiales y distribuyendo sus posesiones a personas que sabrán valorar y cuidar de ellas.

Robert Sternberg (1985) menciona que la solución de problemas es un aspecto de la inteligencia en el adulto joven y de esta manera la define como la actividad mental dirigida hacia la adaptación intencional, selección o transformación de entornos del mundo real relevantes en la propia vida, es decir que concibe a la inteligencia en cómo un individuo reacciona a los cambios del contexto a lo largo de su vida.

Esta teoría (señala una serie de pasos, desde el momento en que se recibe la información, hasta que se decide utilizarla para resolver un problema, a saber:

1. Codificación: Se trata de identificar la información presentada, acopiarla en un trabajo de memoria y recuperar la información de memoria a largo y medio plazo.

2. Inferencia: Se refiere detectar una o más relaciones entre objetos, concretos o abstractos, para relacionarlos con el problema planteado.

3. Configuración de un mapa cognitivo de las relaciones: Supone la relación de aspectos de una situación previa con los de la situación presente.

4. Aplicación: Lo recopilado de situaciones anteriores es aplicado a la situación presente de una manera jerarquizada y ordenada.

5. Justificación: Es el argumento con el que cada uno justifica y valora las posibles alternativas de respuesta para la correcta solución.

6. Respuesta: Se refiere al resultado al que una persona llega, después de haber realizado correctamente las etapas anteriores, como solución de un problema.

4.5 Desarrollo social:

Para Erik Erikson (1968), la etapa que corresponde a la edad adulta temprana es intimidad contra aislamiento, en ella, los jóvenes adultos deben lograr la capacidad de intimar y establecer compromisos con los demás, si no lo logran, permanecerán aislados y solos. Para llegar a ella, es decir, la intimidad, es necesario encontrar la identidad en la adolescencia.

En consecuencia, la edad adulta, representa un reto fundamental al madurar en la capacidad de llegar a la intimidad, tanto en la amistad como en el amor. Entre los 20 y 30 años, la relación con los amigos llega a ser la que más tiempo ocupa, compartiendo diferentes actividades, más tarde puede sobrevenir un alejamiento debido a las siguientes razones:

- a) Conflicto de intereses entre la relación de amistad y la de pareja.
- b) Diferencias con los intereses profesionales.
- c) Conflictos de índole interpersonal.
- d) Cambios de residencia, religión, trabajo, entre otros.

Conforme pasan los años, las relaciones amistosas van haciéndose, por lo general, más selectivas, estables y afianzadas; en cada amigo, de alguna manera, se encuentra algo de sí mismo, en un proceso de identificación se ve reflejado en el espejo en que se convierte un amigo.

F. Alberoni (1979) menciona que, en la amistad se evita el sufrimiento, en cuanto a que se elige, mantiene o da por terminada una relación amistosa, sin que deje más vínculo que el recuerdo y el aprendizaje. Los lazos familiares y de amistad, establecidos durante la adultez joven, perduran a través de la vida, al valorar el apoyo, compañía y disfrute que se obtiene de los amigos.

En conclusión, de acuerdo a Papalia (1984), en virtud de esta etapa, el adulto joven se destaca la vivencia de amor universal, hacia los amigos, hacia la pareja, hacia los hijos, y en general hacia todo lo que merezca ser amado: la naturaleza, el trabajo, etc. También menciona que a pesar de los cambios que se van experimentando con el paso de los años, existen rasgos de personalidad que se mantienen relativamente estables, pues son rasgos básicos característicos de todas las etapas de la vida, de tal forma que quien es simpático en la adolescencia, probablemente sea agradable a los 40 años o si alguien es de carácter abierto a los 20 años, probablemente sea abierto 10 años después. Lo anterior no significa que la personalidad sea estática, ya que existen aspectos que evidencian cambios importantes, como la autoestima, la autorregulación y la estabilidad emocional.

Es así que, un cambio habitual durante la madurez es la tendencia a expresar aspectos de la personalidad que se habían reprimido durante la adolescencia o juventud; en el caso de las mujeres pueden cambiar su modelo estereotipado, pasando a ser más enérgicas, competitivas e independientes. Algunos varones se permiten ser pasivos y dependientes; esto como consecuencia del aumento de confianza en sí mismos y de la placidez propia de la edad.

RESULTADOS.

En la presente investigación se realizó un estudio de caso, el cual dio inicio con la aplicación de la Entrevista Multimodal de Lazarus (ver anexo 1), a partir de ésta podemos destacar los datos más relevantes.

Paciente de sexo femenino, de 22 años de edad, la cual actualmente se encuentra realizando sus estudios universitarios (Lic. en Enfermería), igualmente labora en un hospital como asistente de enfermera, es soltera y mantiene una relación de noviazgo.

La paciente ingresa a la intervención mostrándose tranquila, sin embargo al hablar sobre temas relacionados con su familia se nota muy inquieta; sobre esta área podemos destacar que desde su niñez no tuvo mucha cercanía con ambos padres, pues ambos trabajaban, actualmente no tiene mucha comunicación con su mamá y eso la hace sentir triste; tanto con su padre como con su hermano mayor se porta cortante, pues sus formas de pensar y actuar no le agradan y prefiere mantenerse distante.

Ella se expresa con tristeza e impotencia que en algunos momentos de su infancia se sentía muy sola, pues no tenía la atención de la madre, además menciona que cuando en algún momento hacía algo bien, como obtener una buena nota jamás se le reconocía y eso le afectaba mucho.

En el área escolar la paciente muestra bastante interés por su carrera universitaria, ya que le apasiona lo que realiza y lo relaciona con lo que aprende día a día en su trabajo; pues el estar presente en varias cirugías la hace adquirir mayor experiencia profesional que la hace sentirse muy satisfecha.

En el área personal pudimos notar que su autoestima es sumamente baja, pues no se acepta por completo, tiene poco amor por sí misma, ya que dice no le agrada su físico, es por ello que en ciertas ocasiones se ha llegado a odiar a sí misma, pues no ha alcanzado un "estereotipo de belleza".

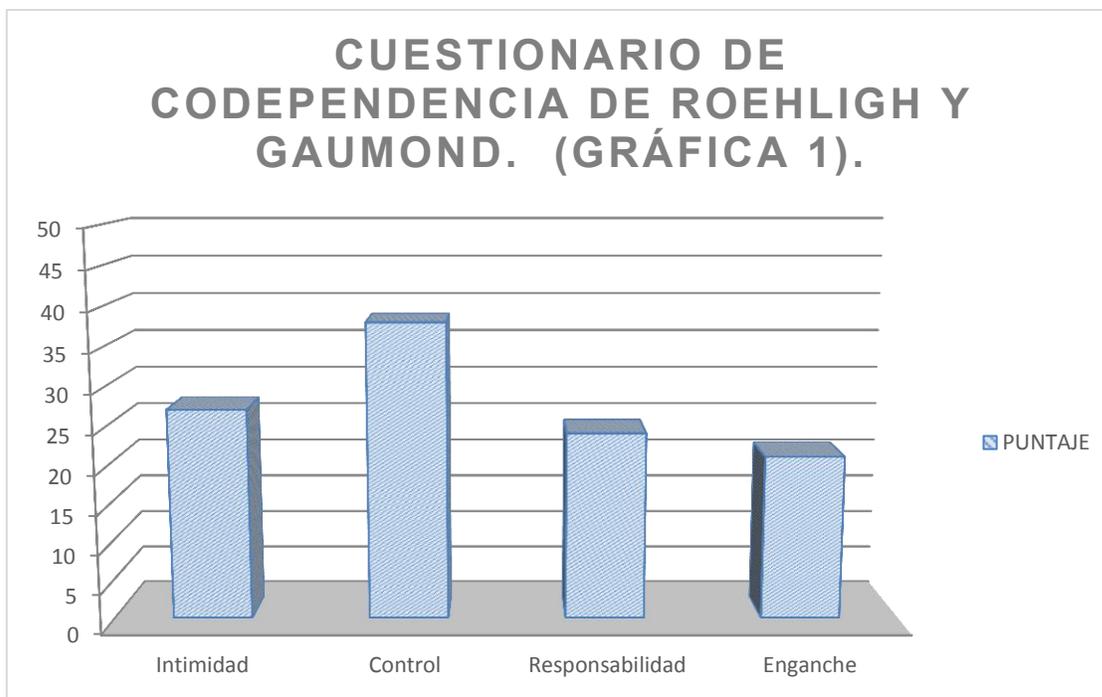
De acuerdo a la información de la Entrevista Multimodal podemos destacar que la paciente presenta una gran desvalorización personal, teniendo conflicto con su autoestima, autoconcepto y valía personal. Es por ello que podemos identificar en la paciente una excesiva necesidad de aprobación y reconocimiento por parte de las demás personas, en particular de la figura materna.

Posteriormente se utilizó la Entrevista Clínica para la Dependencia Emocional de Castello (ver anexo 2), de la cual se puede destacar que en la actualidad busca la estabilidad emocional en su pareja, es por ello que las cualidades indispensables son la responsabilidad, la fidelidad, que sean tranquilos y estén en paz consigo mismos; todo esto se debe a que busca fuera de sí lo que no encuentra en ella misma y al estar en compañía de alguien con estas características se siente más segura.

Menciona no necesita estar siempre en compañía de su pareja, pues él es quien insiste en llamarla, con esto dice sentirse feliz e importante. Ella menciona que le importa demasiado ser aceptada por su familia e igualmente por la familia de su novio.

La paciente dice ser poco expresiva con su pareja sentimental; su primera relación de noviazgo comenzó a los 13 años, él fue quien terminó con ella pues no pudo disculparle una infidelidad, dice se tardó año y medio para comenzar otra relación. Cuando conoció a su actual pareja se sintió muy emocionada, pues se dio cuenta que sí existía para ella alguien que podía amarla.

Para poder identificar las manifestaciones de la codependencia emocional objetivamente, se le aplicó el Cuestionario de Codependencia de Roehligh y Gaumont (1996) con la adaptación al Castellano de Sirvent y Martínez (2000), obteniendo los siguientes resultados.



A continuación se presentan los resultados cuantitativos (véase Gráfica 1):

Intimidad: En este factor la paciente se encuentra arriba de la media, obteniendo una puntuación cruda de **27**, recordemos que el puntaje máximo es de **45** puntos; esto indica que en sus relaciones interpersonales no expresa libremente sus emociones y sentimientos debido a que se siente muy vulnerable.

Control: En este factor la paciente se encuentra en un alto grado de control, obteniendo una puntuación cruda de **38**, recordemos que el puntaje máximo es de **55** puntos; lo cual indica presenta incomodidad al no poder ayudar a los demás, además de sentir molestia y angustia cuando las cosas no salen como ella las planeó.

Responsabilidad: En este factor la paciente obtuvo una puntuación de **24**, recordemos que el puntaje máximo es de **45** puntos; esto indica que lo que le ocurre a los demás puede influir en sus estados de ánimo, es por ello que trata de ser aceptada socialmente, ya que obtiene atención y eso la hace sentirse importante.

Enganche: En este factor la paciente obtuvo **21** puntos, recordemos que el puntaje

máximo es de **35** puntos; esto indica que el ayudar a los demás la hace tener un grado de pertenencia emocional que la hace tener un lazo emocional más cercano.

Por lo anteriormente mencionado, podemos decir que cualitativamente la paciente presenta **puntuaciones altas** que son características de la **codependencia emocional**; a su vez la información que está prueba arrojó corrobora lo mencionado en la entrevista inicial.

Es a partir de esta prueba que se identifica a la paciente con características de codependencia emocional, corroborando así lo antes mencionado en la Entrevista Multimodal de Lazarus y la Entrevista Clínica de Dependencia Emocional de Castello, así pues son estos tres instrumentos quienes permiten identificar la conducta desadaptada a tratar; con la finalidad de poder contrastar el impacto de la intervención, mediante los datos.

Una vez obtenida la información sobre la paciente se procedió a explicarle la dinámica de intervención, el cual está basado en la Terapia Cognitivo Conductual; Dada la atención terapéutica bajo este modelo de intervención se comienza por erradicar las distorsiones cognitivas (ideas irracionales) que elabora el propio paciente y que a su vez desencadena actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran. (Beck,1983).

Así pues, la intervención tuvo una duración de diez sesiones, asignadas una vez por semana, con una hora de duración, las cuales se describirán y explicarán a continuación:

Sesión 1:

En la primera sesión se le explicó a la paciente el procedimiento de intervención, fue ahí donde se hizo un compromiso en cuanto a la puntualidad y a la realización de las actividades que se llevarían a cabo. Se procedió a explicarle los aspectos que se trabajarían a lo largo de las sesiones. Por último se le pidió realizará una carta a sí misma y otra a su pareja.

A partir de esta actividad podemos decir que la paciente es una persona que no sabe mantener una actitud firme (es indecisa), es insegura y tiene miedo de actuar; estos son factores que conllevan a que sea inestable emocional, es por ello que al inicio podemos destacar en ella una excesiva necesidad de aprobación social, por otro lado no controla sus propias emociones, el estrés y presenta una autoestima sumamente baja. Como actividad a realizar en la semana, se le pidió que tuviera una hora dedicada a sí misma, durante ésta podía realizar la actividad que más le gustará.

Sesión 2:

La paciente decidió ver películas durante su hora especial, menciona haberse sentido muy a gusto. En esta segunda sesión se trabajó con la ventana de Johari, fue ahí donde se le pidió colocará sus fortalezas, lo que le cuesta trabajo realizar, las conductas que fortalecen una relación y las que la debilitan.

En sus fortalezas ella colocó que sabe expresar sus sentimientos por medio de la poesía, cocina bien, aprende fácilmente, es creativa, flexible y se concentra cuando escucha música. Le cuesta trabajo bailar, dibujar y cambiar sus actitudes. Las conductas que debilitan una relación son los celos excesivos, ser posesivo, no demostrar sus sentimientos, ser mentiroso, infiel, descortés y no dar la importancia necesaria a la pareja.

Durante esta sesión la paciente se mostró muy colaborativa, se le dejó como actividad expresar más sus sentimientos, ya sea por contacto físico (abrazos o besos) o por medio de una carta, además de que se le dejó ver la película siete años de matrimonio.

Sesión 3:

Durante la tercer sesión se retoma el tema de la película siete años de matrimonio, de esta manera ella pudo reconocer que la pareja ahí expuesta tenía problemas de comunicación. Nuevamente se hizo énfasis en las actitudes que ayudan a mejorar una

relación de pareja y también las conductas que las hacen decaer, fue ahí donde ella puntualizó que le cuesta trabajo ser una persona expresiva, pues menciona de esa forma han sido sus padres con ella y se ha acostumbrado a no manifestar sus emociones con las demás personas, incluyendo sus parejas sentimentales. Es en esta sesión donde se comienza con la recabación de información de su pareja sentimental actual.

Es ahí donde la paciente menciona es el hijo mayor de dos hombres; tuvo una infancia complicada pues su papá golpeaba a su madre, la última vez que lo vio él quería golpearlos, tanto a él como a su hermano menor, fue ahí donde la madre sale en su defensa y es por ello que desde ese momento (a sus tres años de edad) los abandona, él tiene la creencia que ellos fueron la causa de la separación de sus padres, al parecer en la actualidad no se toca el tema del padre, ya que tanto la mamá como ellos no lo volvieron a mencionar, fue desde su infancia como la madre tuvo que hacerse responsable económicamente de ellos y por tanto tuvo que conseguir un empleo, que hasta ahora ha sido de Secretaría.

La paciente menciona que en algún momento de su vida él había pensado entrar al ejército, situación que no ha llevado a cabo porque no quiere dejarla, pues dice tener miedo de perderla o de que se enamora de alguien más sí se va lejos. Ante esta situación ella se siente mal, pues no puede ayudarlo, se siente enojada, desesperada y triste pues el no entrar al ejército implica que seguirá viviendo en casa de su madre (cabe mencionar que es sumamente intransigente con él), es así como ella se siente como un obstáculo para él y a su vez se siente importante ya que obtiene su cariño y atención.

Por lo anteriormente mencionado podemos notar que ambos presentan características de codependencia emocional, el no haber entablado un apego sano con su familia nuclear conlleva a que persista en su relación de noviazgo un apego ansioso ambivalente (Shaver, 1998), el cual se caracteriza por una ansiedad crónica hacía el objeto de apego (pareja sentimental).

Ahora bien según Robin Noorwood (1985) existen diferentes características que definen a

las personas codependientes, entre ellas las más representativas son: Proviene de un hogar disfuncional el cual no cubrió sus necesidades emocionales. Le temen al abandono. Debido a su baja autoestima no creen merecer la felicidad.

Es por ello que podemos decir que es la historia de vida en ambos quien respectivamente originó la codependencia emocional; por esta razón podemos decir que la paciente muestra un tipo de codependencia sumisa (May, 2000) pues: La atención mental está centrada en el otro (pareja sentimental). El autoestima de la persona está enfocada en gustarle a la otra persona, es por ello que la paciente busca la aprobación tanto en la figura materna como en su pareja sentimental. Se ve forzada a solucionar los problemas del otro.

Por otro lado su pareja sentimental presenta características del codependiente controlador (May, 2000) pues: Es controlador, pues desea sentirse necesitado. La autoestima se basa en la atención que ella le pueda poner, es por ello que en varias ocasiones él le ha pedido muestre más su cariño, pues no le gustaría tenga la actitud de indiferencia de su madre (demandas de afecto).

No es consciente de sus sentimientos y necesidades, pues prefiere poner de lado sus metas personales con tal de que su relación de noviazgo continúe. Le teme al rechazo e igualmente a la cercanía, pues le provoca vulnerabilidad. Principalmente utiliza como medio de control el enojo. Por esta razón se encuentra en constante comunicación con ella, el llamarle o enviarle mensajes por medio de las redes sociales (Facebook, WhatsApp) lo hace sentir más cómodo y seguro emocionalmente. Como actividad se le dejó leyera el libro de Los cinco lenguajes del amor de Gary Chapman.

Sesión 4:

La paciente se mostró muy contenta al haber leído el libro de Los cinco lenguajes del amor de Gary Chapman, mencionó que actualmente el lenguaje que en su relación predomina es el toque físico, sin embargo se da más de él hacía ella, puesto a que a ella le cuesta trabajo ser expresiva.

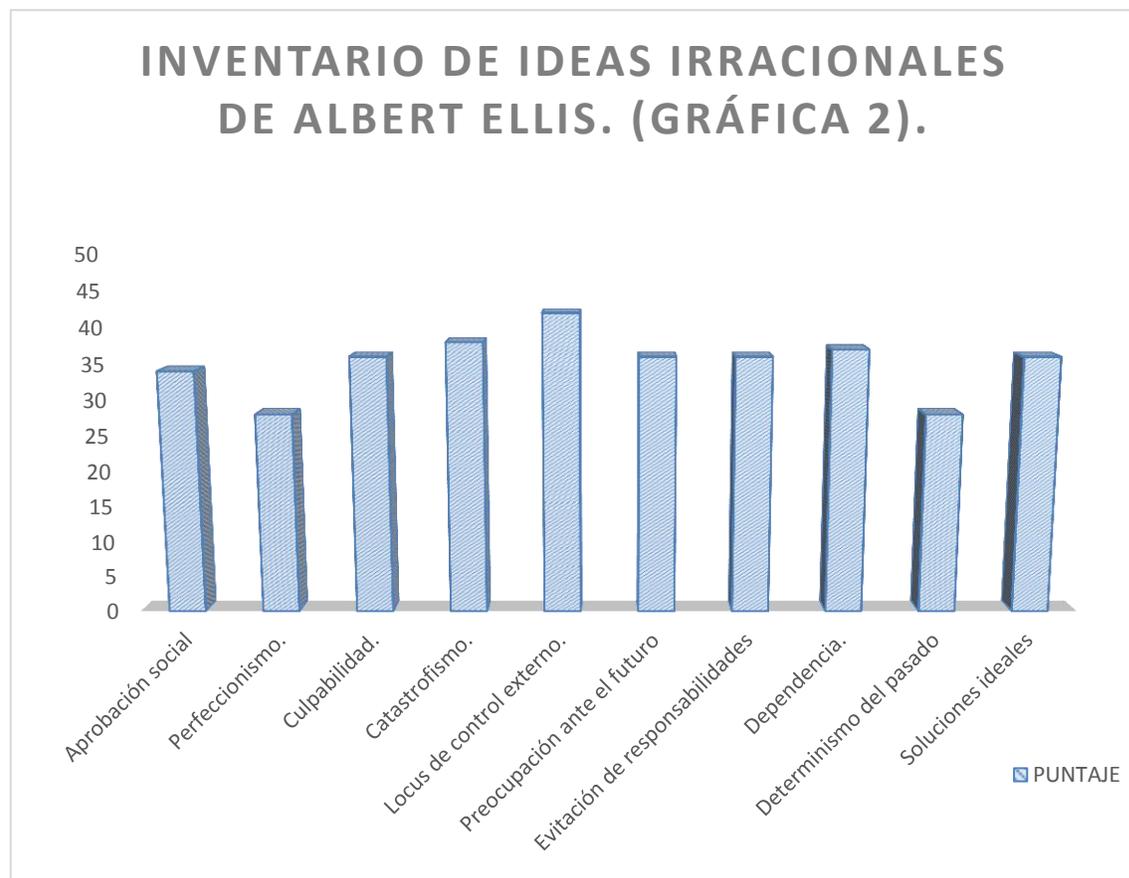
Menciona que no le gusta sentirse muy presionada, sin embargo el trabajo y la escuela la hace sentirse muy estresada, es ahí donde se le dieron las técnicas como el stop a los pensamientos y el tiempo fuera para que la ayuden con el control de sus emociones.

Cabe señalar que poco a poco y por medio de ejemplos se le dieron a la paciente diversas técnicas de relajación, asertividad, respiración; con la finalidad de obtener una mejora en la conciencia corporal y mental de la paciente, pues Jacobson (1987) menciona que las sensaciones de tensión (estrés) están siempre conectadas con el proceso de la atención.

Se le dejó como actividad leñera frente al espejo la Oración a uno mismo (véase anexo 4).

Sesión 5:

Al inicio de la sesión número cinco se procedió a aplicar otra evaluación por medio del Inventario de Ideas Irracionales de Albert Ellis para identificar qué tanto estás ideas la desequilibran emocionalmente. En la Gráfica 2, se puede observar los puntajes obtenidos.



De acuerdo al Inventario de Ideas Irracionales de Albert Ellis (IBT) podemos decir que:

- Uno de los factores con mayor puntaje fue el de *catastrofismo*, obteniendo **38** puntos, es por ello que podemos decir que estas ideas se manifiestan por medio de su voz interna.
- El factor de dependencia obtuvo **37** puntos lo cual indica que existe la necesidad de estar centrada afectivamente con su pareja sentimental.
- El factor de culpabilidad obtuvo **36** puntos indicando que cuando su pareja o personas cercanas, ya sean familiares o amigos tienden a tener cambios de humor ella cree es por su culpa, es decir cree es su responsabilidad que los otros se sientan bien o mal.
- El factor de preocupación ante el futuro tuvo **36** puntos indicando así su constante angustia lo que aún no ocurre, es por ello que el exceso de estrés hace que se vuelva distraída y no controle sus emociones.

Por lo anteriormente mencionado podemos indicar que la paciente presenta un *locus de control externo* (**42** puntos), el cual influye en la percepción de sus ideas, manifestándolas en predicciones negativas el cual conlleva a presentar una *inadecuada expresión de sus emociones*.

Durante la sesión se habló de cómo le fue con la oración a uno mismo, mencionó que le agradó mucho y se sintió identificada en la parte donde habla sobre el veneno emocional, fue ahí donde se le preguntó ¿Qué era lo que la limita? A lo que respondió que la escuela, ya que siente demasiada presión por parte de sus padres. Después se le preguntó qué le preocupaba en el aquí y en el ahora, a lo cual respondió le temía mucho a quedarse soltera o bien a casarse a una edad mayor como lo hizo su mamá; se imaginaba mayor con muchos gatos, sobre todo se visualizaba sola, fue ahí cuando se comenzó a trabajar sobre las ideas irracionales, haciendo que se escuchará y analizará lo que estaba diciendo.

Nos apoyamos del libro de El Arte de Amargarse la vida de Paul Watzlawick con la historia del martillo y el autocumplimiento de las profecías, fue ahí donde se percató de que en varias ocasiones se preocupa por cosas que aún ni siquiera ocurren. Se le dejó escuchar la canción de Ella de bebé, para que mejorará su autoestima.

Sesión 6:

La paciente menciona que el escuchar diariamente la canción de bebe y el repetir frente al espejo la oración a uno mismo la ha ayudado a ser más positiva. Posteriormente se trabajó sobre el tema de los celos, situación que le ha sucedido y dice haberse sentido muy molesta, pues no sabía ni qué sentía, fue ahí donde se trabajó más con su autoestima y valía personal, destacando sus virtudes y haciendola entender lo valiosa que es.

También se trabajó el tema de chantaje emocional y dice que su pareja tendía a ser así al principio de la relación, ya que toda la atención la quería para él. En cuanto al tema de límites dice que él es muy absorbente, tiene una gran necesidad de estarle llamando o enviando mensajes constantemente.

Es ahí donde puntualizamos de acuerdo a Beattie (2005) que el codependiente no establece límites funcionales, es por ello que la paciente permitía la constante demanda por parte de su pareja sentimental de decirle qué está haciendo, dónde y con quién está. Posteriormente nos apoyamos del libro de El Arte de no amargarse la vida de Rafael Santandreu con el caso del paciente suicida, ya que en éste se encuentra el tema de pensamientos catastróficos, fue ahí donde se trabajó con la asertividad y se llegó a la conclusión de que ante cualquier circunstancia hay una serie de alternativas que se pueden realizar para solucionar o mejorar una situación.

Comenta que desde la sesión uno hasta ahora nota un gran avance, pues se conoce y comprende más.

Sesión 7:

En la sesión siete se comenzó con una técnica de preguntas, la primer pregunta fue ¿Qué es lo que podría dejar de hacer hoy que causaría un impacto significativo en mi vida? A lo cual respondió que le gustaría tener una mejor relación con su papá y su hermano, ya que con las sesiones que ha tenido ya ha conseguido tener mayor comunicación con su madre.

¿Qué puede aprender de las experiencias que le ocurren? Menciona que ser más precavida y aprender de las personas que la rodean. ¿Qué es lo que no quieres enfrentar? El miedo, pues menciona no le gustaría sufrir, como ejemplo puso que no le agradaría su novio terminará con ella.

Es ahí donde se pudo identificar que las ideas irracionales aún estaban presentes, y recordando a Noorwood (1988) en su libro de cartas de las mujeres que aman demasiado: "No podemos simplemente interrumpir una conducta adictiva sin reemplazarla por otra (y es de esperar que está sea más positiva). De otro modo lo único que se logra es que la conducta adictiva se vuelva más firme."

En este caso y hasta esta sesión su relación codependiente seguía siendo una dinámica adictiva, es por ello que nos apoyamos del libro del Arte de no amargarse la vida de Rafael Santandreu con el texto de basta de dramatizar, ya que en éste habla de autoestima, autoconcepto y valía personal. Como actividad se le dejó realizar una carta de perdón a sí misma.

Sesión 8:

En su carta de perdón se disculpó por la actitud que ha tenido consigo misma, ya que anteriormente se decía tonta, fea, gorda y demás palabras que la desvalorizaban. Al final dice "Hoy es un nuevo día, sé que eso es bueno, pues tendré una nueva vida". Es ahí donde la notamos más centrada, pues ya se encuentra en el aquí y en el ahora, se siente más segura pues sabe que posee las habilidades necesarias para salir adelante. En esta sesión se trabajó con el control de emociones, para que nuevamente se diera

cuenta de que existen varias alternativas de solución que le van a generar bienestar y equilibrio emocional.

Cuando hablamos de su pareja sentimental nos dijo que sería sumamente complicado encontrar a alguien como él, pues no tiene vicios con el alcohol y el cigarro, a diferencia de los demás muchachos que conoce. Nos apoyamos del libro de Rafael Santandreu con la lectura de la mujer hiper romántica, para que se diera cuenta que una relación de pareja es importante, más no es sano recaer en una conducta obsesiva.

La paciente dice que se siente más aceptada por sí misma y se siente más a gusto con su forma de ser. Como actividad se le dejó ver la película P.D Te amo y que durante un día no tuviera comunicación con su pareja (esto incluía no llamarle ni enviarle mensajes).

Sesión 9:

En la sesión nueve se hizo la retroalimentación de la película P.D Te amo, ya que se trabajó con el tema de duelo, para que comprendiera que todas las relaciones, circunstancias y momentos van cambiando y llegan a un término. Respecto al tema de cambios durante la vida nos apoyamos del libro de Robin Noorwood de Las cartas de las mujeres que aman demasiado para que pudiera identificar que la baja autoestima genera desequilibrios emocionales y que a su vez el no generar límites con la pareja implica un gran desgaste y dolor emocional.

Para concluir se leyó el caso de perder el miedo a la soledad del libro de Rafael Santandreu; de la misma forma pudo reconocer que la soledad sólo es un fantasma inexistente que viene del veneno emocional y las ideas irracionales. Finalmente menciona que las sesiones le han sido de gran ayuda pues ya no se reprocha como antes lo hacía, se siente más a gusto con su cuerpo y personalidad. Se le dejó como actividad continúe con su hora especial y que diariamente repita frente al espejo la oración de yo soy yo- yo soy única y la oración de creo en el amor (ver anexo 7 y 8).

Sesión 10:

Al inicio de la sesión número diez se procedió aplicar el test post test del Cuestionario de Codependencia de Roeligh y Gaumond (ver anexo 3) y del Inventario de Ideas Irracionales de Albert Ellis (ver anexo 4) para que lo visto en el cierre de la intervención no influyera en las respuestas de la paciente.

Sé le mencionó que al inicio de la intervención no tenía un buen control de sus emociones, no era asertiva, no controlaba el estrés y sobre todo presentaba características de baja autoestima, por lo cual se trabajó con distintas técnicas y actividades que la ayudaron a modificar su estilo de pensamiento y a aumentar su autoestima.

Para finalizar se le dio un anillo el cual simboliza su compromiso consigo misma, aquí se hizo énfasis en qué todo está en lo que ella quiera y desee lograr. Nos dijo que las sesiones le ayudaron mucho pues ahora ya se mira al espejo con mayor seguridad, se siente guapa, uno de los puntos más importantes es que cuando su pareja quiere ejercer control ella genera límites de manera asertiva; con esto su pareja le ha dicho que la nota diferente, pues su dinámica ha ido cambiando.

A partir de la secuencia terapéutica queremos destacar que según Noorwood (1988) son tres las etapas de recuperación por las que pasa el paciente codependiente:

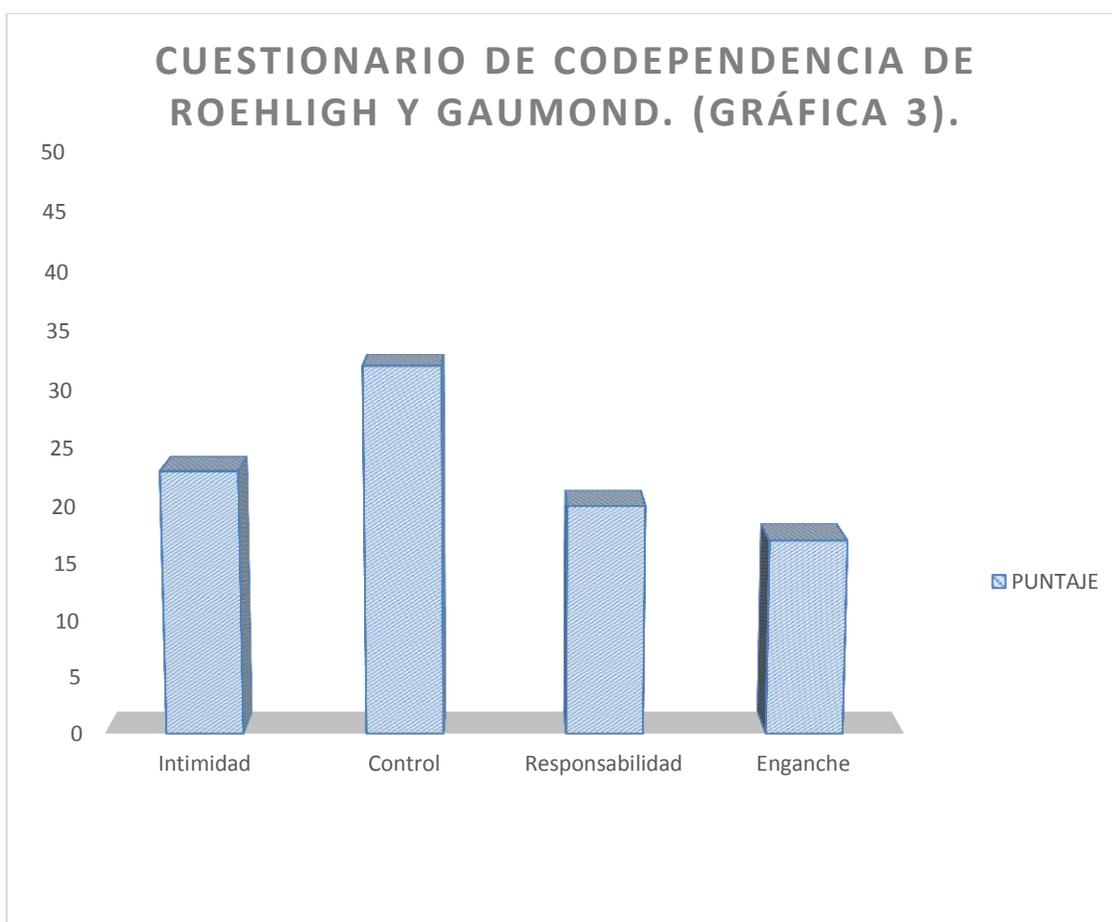
Etapa 1: Empieza a reconocer el proceso de condición o enfermedad; es así como a partir de lo largo de las sesiones la paciente va comprendiendo cuáles eran las conductas que ayudaban al crecimiento de una relación de pareja y cuáles caían en una dinámica patológica.

Etapa 2: Se adquiere la actitud y voluntad para encarar la condición, mediante alternativas; Es por ello que durante la secuencia terapéutica se le dieron las alternativas necesarias para que su relación fuera más sana y a la vez funcional, fomentando su independencia.

Etapa 3: La recuperación es un primer paso y no garantiza que está continuará, pues existen factores que la hacen reincidir en conductas patológicas, como el uso excesivo de las redes sociales y el tipo de conductas obsesivas de las personas que la rodean.

Es por ello que Noorwood (1988) considera importante que el paciente codependiente desarrolle la capacidad de auto examinación y tener la seguridad necesaria para afrontar la codependencia emocional, por estas razones se puede comprender que ante la intervención de la codependencia emocional la paciente llevó a cabo temáticas que la impulsaron y a su vez la ayudaron a fomentar su independencia, lo cual tuvo un gran impacto en el descenso del cuadro codependiente que en un inicio estaba manejando.

En esta última sesión se aplicó a la paciente un test post-test del *Cuestionario de codependencia de Roehling y Gaumont (1996)*, en la adaptación de Sirvent y Martínez (2000); con el fin de tomarlo como punto de comparación con el que aplicamos al inicio (véase grafica 1), los resultados se muestran a continuación:



A continuación se presentan los resultados cuantitativos (véase Grafica 3):

Intimidad: En el ítem intimidad, la paciente obtuvo **23 puntos**, recordemos que el puntaje máximo es de **45** puntos; esto nos dice que ella es un poco más abierta a expresar sus sentimientos con las demás personas, a no guardarse tanto lo que siente.

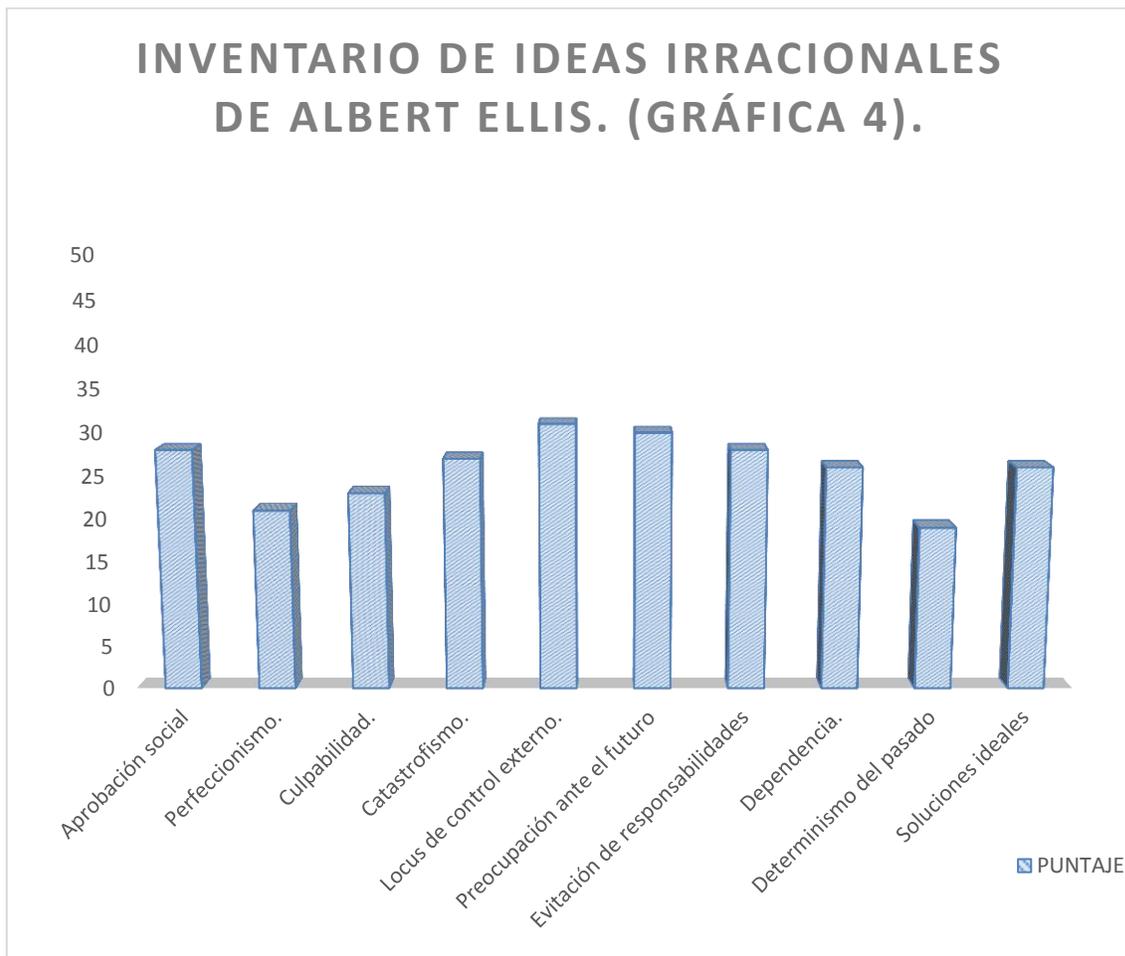
Control: En el ítem control, la paciente obtuvo **32 puntos**, recordemos que el puntaje máximo es de **55** puntos; lo cual nos lleva a concluir que la paciente, ya controla más el hecho de su tolerancia/control, hacia la frustración de que las cosas no salgan como ella las planeo.

Responsabilidad: En el ítem responsabilidad, la paciente obtuvo una puntuación de **20 puntos**, recordemos que el puntaje máximo es de **45** puntos; lo que nos indica que la paciente ahora se siente menos responsable de lo que las demás personas piensen de ella, de sus opiniones y de las cosas que puedan pasar alrededor.

Enganche: En el ítem enganche se obtuvieron **17 puntos**, recordemos que el puntaje máximo es de **35** puntos; lo cual indica que a la paciente sigue pareciéndole de importancia los problemas de los demás, aunque ya no piensa que ella es la causa de estos problemas (como se menciona en el Ítem anterior), aun así quiere ser de ayuda para sus personas queridas, familiares, amigos, etc.

Por lo anteriormente mencionado podemos notar como los puntajes tuvieron el descenso esperado (véase gráfica 1 y gráfica 3), lo cual corrobora la **efectividad** de la **Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento a la codependencia emocional del adulto joven.**

En la gráfica 4 se pueden observar los resultados del test post-test del **Inventario de ideas irracionales (IBT) de Albert Ellis** el cual fue aplicado para corroborar la efectividad del tratamiento.



De acuerdo al Inventario de Ideas Irracionales de Albert Ellis (IBT) podemos decir que:

- Uno de los factores con mayor puntaje fue el de preocupación ante el futuro, obteniendo 30 puntos, es por ello que podemos decir que su constante angustia por lo que aún no ocurre sigue invadiendo sus pensamientos.
- El factor de aprobación social obtuvo 28 puntos indicando que el contexto interfiere en su toma de decisiones y expresión emocional.

- El factor de evitación de responsabilidades obtuvo 28 puntos indicando así un bajo manejo de la asertividad.
- El factor de catastrofismo obtuvo 27 puntos lo cual indica sigue teniendo en su mente ideas irracionales que son expresadas por medio de su voz interna.

Asimismo podemos indicar que la paciente presenta un locus de control externo (**31 puntos**), el cual influye en la expresión de sus pensamientos y emociones, situación que conlleva tenga cierta incertidumbre ante lo que aún no ocurre (Factor 6).

Por lo anteriormente mencionado, podemos notar que los resultados obtenidos de la prueba aplicada al inicio del tratamiento fueron más elevados, (**véase gráfica 2**) comparados con los resultados finales (**véase gráfica 4**); como puede verse en la mayoría de los factores los puntajes se encuentran por debajo de la media, indicando así la **efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para la codependencia emocional en el noviazgo.**

Finalmente y de acuerdo con los datos cuantitativos y cualitativos descritos anteriormente podemos decir que de acuerdo con los instrumentos aplicados la **hipótesis (n) se acepta:**

Hipótesis nula: La terapia cognitivo conductual es una alternativa que ayuda a disminuir la dependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

Y **se descarta la hipótesis (a):**

Alternativa: La terapia cognitivo conductual no es una alternativa para la dependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

ANEXOS

ANEXO 1.

HISTORIA CLINICA MULTIMODAL DE ADULTOS.

Datos personales:

Nombre:

Dirección

Ocupación:

Sexo:

Estado civil:

II.- DESCRIPCION DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

b) Estime la veracidad de sus problemas con base a la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

1) Levemente inquietante

4) Extremadamente severo

2) Moderadamente severo

5) Crónico

3) Muy severo

6) Totalmente impaciente

c) ¿Cuándo comenzaron sus problemas?

d) ¿A qué atribuye sus problemas?

e) Describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez, o ha recibido ayuda profesional para sus problemas?

III.- HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de nacimiento:

b) Lugar de nacimiento:

c) Hermanos: _____ número de hermanos _____ número de hermanas _____ edades: _____

d) Padre, ¿Vive? ___ Su edad es ____

e) Madre, ¿Vive? ___ Su edad es ____

f) ¿Cuál es su último grado escolar?

h) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a usted, de acuerdo a su infancia

1) Infancia feliz

10) Problemas médicos

2) Mojar la cama

11) Abuso de Alcohol

3) Problemas emocionales y de conducta

12) Infancia feliz

4) Problemas escolares

13) Tartamudez

5) Problemas familiares

14) Problemas Legales

6) Fuertes creencias religiosas

15) Abuso de drogas

7) Terrores nocturnos

16) Temores o miedos

8) Comerse las uñas

17) Golpes en la cabeza

9) chuparse el dedo

i) ¿Qué clase de trabajo realiza usted?

¿Cuántas horas al día? _____ ¿Qué clase de trabajo desempeñaba anteriormente? _____

¿Está usted satisfecho con su trabajo actual? _____ ¿Por qué? _____

j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _____

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

ANALISIS MULTIMODAL

a) Subraye cualquiera de las siguientes conductas que se apliquen a usted.

1) Problemas de alimentación

9) Llorar frecuentemente

2) Consumo de Drogas

10) Fumar

3) Vomitar

11) Aislamiento

4) Beber en exceso

12) Tics nerviosos

5) Intentos suicidas

13) Problemas de sueño

6) pérdida de control

14) Flojera

7) Fobias miedos o temores

15) Reacciones impulsivas

8) Explosiones temperamentales

16) Conducta agresiva

b) Indique si existe algún talento o habilidad de la cual se sienta orgulloso _____

c) ¿Qué le gustaría hacer más? _____

¿Qué le gustaría hacer menos? _____

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? _____

¿Qué le gustaría dejar de hacer? _____

d) ¿Constantemente se encuentra usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes?, Si es así diga ¿cuales son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? _____ ¿Cuál? _____

IV.- SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se presenten con más frecuencia en usted

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1) Enojo | 6) Felicidad |
| 2) Fastidio | 7) Infelicidad |
| 3) Depresión | 8) Aburrimiento |
| 4) Ansiedad | 9) Excitación |
| 5) Temor | 10) Terror |

a) Escriba 5 miedos principales _____

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? _____

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos? _____

c) ¿Que sentimientos positivos ha experimentado recientemente? _____

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? _____

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? _____

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado _____

f) Complete las siguientes frases

- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que _____

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso es _____

- Lo que me hace sentirme más triste es _____

- Si no tuviera miedo a ser yo mismo, yo _____

- Me enojo muchísimo cuando _____

V.- SENSACIONES FISICAS

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que apliquen a usted

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| 1) Mareo | 14) Activo o con mucha energía |
| 2) Palpitaciones | 15) Dolores de cabeza |
| 3) Tensión muscular | 16) Espasmos musculares |
| 4) Escuchar cosas | 17) Desmayos |
| 5) Ruborizarse | 18) Ojos llorosos |
| 6) Boca seca | 19) Problemas de la piel |

- 7) Problemas intestinales
- 8) Entumecimiento
- 9) Tics
- 10) Dolor de espalda
- 11) Dolores de pecho
- 12) Perdida de conciencia
- 13) Problemas visuales

- 20) Incapacidad de relajación
- 21) Hormigueo
- 22) Malestar estomacal
- 23) Fatiga
- 24) Temblores
- 25) Disgusto al ser tocado
- 26) Sudoración excesiva

b) Historia menstrual

Edad al primer periodo _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? _____

¿Es usted regular? _____ Fecha de su último periodo _____ Duración _____

¿Padece malestares? _____ ¿Cuales? _____ ¿Su periodo afecta su estado de ánimo? _____, si es así explique _____

c) ¿Qué sensaciones físicas le son especialmente placenteras? _____

¿Qué sensaciones físicas le son displacenteras? _____

d) Describa como manifiesta las siguientes cuestiones

	Conductual	Corporal
-Enojo	_____	_____
-Alegría	_____	_____
-Tristeza	_____	_____
-Ansiedad	_____	_____

VI.- IMÁGENES (PUEDEN SER SUEÑOS)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1) Imágenes sexuales placenteras | 10) Imágenes de seducción |
| 2) Imágenes de infancia feliz | 11) Imágenes de ser amado |
| 3) Imágenes de desesperanza | 12) Imágenes en las que va cayendo |
| 4) Imágenes agresivas | 13) Imágenes hiriendo a otro |
| 5) Imágenes de ser lastimado | 14) Imágenes de estar atrapado |
| 6) Imágenes sexuales no placenteras | 15) Imágenes en las que se burlan de usted |
| 7) Imágenes de soledad | 16) Imágenes de ser perseguido |

b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? _____

c) Describa la imagen o fantasía más placentera _____

d) Describa la imagen en la que usted estaría totalmente seguro y a salvo _____

c) Describa sus sueños más frecuentes _____

d) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas?, descríbalas _____

g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto?_____ ¿En qué?_____

VII.- PENSAMIENTOS

a) subraye cualquiera de los pensamientos que aplique a usted

I. Soy un don nadie

II. No valgo nada, no soy de utilidad

III. La vida no tiene sentido

IV. No hay nada que valga la pena

V. La vida es un desperdicio

b) subraye cada una de las palabras que lo describan

* Ambicioso memoria	* Desesperanzado	*Con problemas de
*Sin valor	* Confuso	*Envidioso
* Perseverante	* Considerado	*Feo
* Lleno de penas	*Sin amor	*Loco
* Malo	*Atractivo	*inútil
*incompetente	* ingenuo	*Leal
*Culpable	*Optimista	*Celoso
*Confiable	*Honesto	*Sensible
*Seguro	*Indeseable	*Inadecuado

c) ¿Cuál considera que es su idea más absurda o loca?_____

d) ¿Existen pensamientos que lo molesten una y otra vez?, descríbalos_____

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar

1= Totalmente en desacuerdo 2= Desacuerdo 3= Neutral 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo

I. No debo proporcionar información personal 1 2 3 4 5

II. Soy víctima de las circunstancias 1 2 3 4 5

III. Mi vida está controlada por fuerzas exteriores 1 2 3 4 5

IV. No merezco ser feliz 1 2 3 4 5

V. Es mi responsabilidad hacer felices a otras personas 1 2 3 4 5

-Expectativas:

f) Complete las siguientes frases:

-Soy una persona que_____

- Toda mi vida _____
- Desde que yo era niño _____
- Es difícil para mi admitir _____
- Una de las cosas que no puedo perdonar es _____
- Una ventaja de tener problemas es _____
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no lo hago es _____

VIII. RELACIONES INTERPERSONALES

Familia de origen

- a) Si usted no se crio con sus padres, ¿Con quién lo hizo? _____ ¿desde qué edad? _____
¿Cuánto tiempo? _____
- b) De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia usted en el pasado y en el presente _____
- c) De una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia usted en el pasado y en el presente _____
- d) ¿Cuándo era niño le toco cuidar a sus hermanos? _____ ¿Desde qué edad? _____
- e) ¿Cuándo era niño le toco trabajar? _____
- f) ¿Cuándo era niño le toco realizar labores domésticas? _____ ¿Desde qué edad? _____
- g) ¿Cuándo fue niño de qué manera fue disciplinado o castigado? _____
- h) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? _____ ¿Por qué? _____
- i) ¿Sus padres lo comprendieron? _____
- j) ¿Siente amor y respeto hacia sus padres? _____
- k) Por favor, elija cualquiera de las situaciones que se apliquen a usted, tachando en la columna correspondiente.

Nunca Rara vez Frecuentemente A menudo

1. Marihuana				
2. Tranquilizantes				
3. Sedantes				
4. Aspirinas				
5. Cocaína				
6. Analgésicos				
7. Alcohol				
8. Café				
9. Cigarro				
10. Narcóticos				
11. Estimulantes				
12. Alucinógenos				

13. Diarrea				
14. Constipación				
15. Alergias				
16. Presión alta				
17. Presión baja				
18. Problemas cardiacos				
19. Nauseas				
20. Vómitos				
21. Dolor de cabeza				
22. Dolores de espalda				
23. Insomnio				
24. problemas de piel				
25. Poco apetito				
26. Comer en exceso				
27. Comer chatarra				
28. Despertar temprano				
29. Despertar durante la noche				

l) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. Problemas de tiroides | 9. Alcoholismo |
| 2. Problemas renales | 10. Problemas de próstata |
| 3. Asma | 11. Glaucoma |
| 4. Enfermedades neurológicas | 12. Epilepsia |
| 5. Diabetes | 13. Dolor de cabeza |
| 6. Cáncer | 14. Otros _____ |
| 7. Problemas de presión (alta o baja) | |
| 8. Problemas gastrointestinales | |

m) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o algo similar? _____

n) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente _____

ñ) Describa cualquier accidente que haya sufrido _____

o) Describa los recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades

0-5 _____

6-10 _____

11-15

16-20

21-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46-50

51-55

56-60

61 en adelante

ANEXO 2.

ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL (Castelló J.)

Se relacionan una serie de preguntas que pueden ser incorporadas en la evaluación al familiar con sospechas de codependencia.

1. ¿Cómo ha sido la relación con tu familia y entorno cuando eras pequeño? _____

2. ¿Definirías tu infancia como feliz? _____

Opcional: Describe a tu familia y tu relación con cada uno de sus miembros, aunque sea muy brevemente. _____

3. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido incluyendo la actual? _____

4. ¿Qué tipo de personas te gustan como pareja? _____

5. ¿Qué papel has asumido en tus relaciones? (Por ejemplo: Dominante, sumiso, admirador de la pareja, necesitado de cariño, aprobación, auto-suficiente, etc.) _____

6. ¿Tus relaciones han sido equilibradas, ambos aportabais emocionalmente lo mismo?

7. ¿Qué tipo de cosas has aguantado por amor o para no romper la relación? _____

8. ¿Necesitas estar siempre en compañía de tu pareja o estar en contacto con ella, hasta el punto de resultar una molestia en ocasiones?

9. ¿Has desatendido a tus amistades o tus responsabilidades laborales y familiares mientras estabas en pareja, o bien las has descuidado porque solo vivías para ellas? _____

10. ¿Te ilusionas o te entregas demasiado al principio de una relación?

11. ¿Quién ha roto las relaciones y como te has sentido tras la/s ruptura/s? _____

12. ¿Has mantenido contacto con tus ex parejas para impedirles reanudar la relación?
¿Has buscado inmediatamente otra?

13. ¿Cuánto tiempo has estado sin pareja después de una relación y por qué? _____

14. ¿Has tenido que recibir tratamiento por problemas de ansiedad o depresión, o has sentido necesidad de ello? _____

15. ¿Has padecido o padeces actualmente problemas con la comida o dolores en tu cuerpo sin explicación aparente?

17. ¿Te quieres a ti mismo?

ANEXO 3.

CUESTIONARIO DE CODEPENDENCIA.

Roehling y Gaumond (1996)

(Adaptación experimental al castellano de Sirvent y Martínez (2000) para uso exclusivamente de investigación).

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre actitudes y comportamientos referidos a las relaciones de pareja, actuales o pasadas.

Recuerde por favor las siguientes indicaciones:

1. Conteste con la mayor sinceridad posible.
2. No repase las contestaciones.
3. No deje ninguna cuestión sin contestar.
4. Marque la contestación rodeando con un círculo la opción que más se ajuste a usted.

En la hoja de respuestas, elija la opción **a)**, **b)**, **c)**, **d)**, ó **e)** que más se ajuste a su realidad, solo puede elegir una opción.

a) Nunca me siento de ese modo.

b) Raramente me siento de este modo.

c) A veces me siento de ese modo.

d) A menudo me siento de ese modo.

e) Siempre me siento de este modo.

1. A menudo, crecen en mí sentimientos que no puedo expresar.	a	b	c	d	e
2. Cuando soy incapaz de ayudar a alguien me siento incomodo/a.	a	b	c	d	e
3. Tiendo a localizar las necesidades de los otros antes que mis prioridades.	a	b	c	d	e
4. Me enfado cuando las cosas no salen a mi manera.	a	b	c	d	e
5. Pienso que los demás se aprovechan de mí.	a	b	c	d	e
6. No soy consciente de lo que quiero para los demás.	a	b	c	d	e
7. Siento que sin mi esfuerzo y atención todo se puede venir abajo.	a	b	c	d	e
8. Siento como si fuera fallo mío cuando la gente se enfada o entristece.	a	b	c	d	e
9. Es fácil para mí decir "no" a los demás.	a	b	c	d	e
10. Me hace sentirme molesto el compartir mis sentimientos con los demás.	a	b	c	d	e

11. Trato de agradar a la gente.	a	b	c	d	e
12. Cuando no estoy implicado en una relación me siento infravalorado.	a	b	c	d	e
13. Me siento muy satisfecho de ayudar a los demás.	a	b	c	d	e
14. No le gustare a la gente si le hablo de mis problemas.	a	b	c	d	e
15. Incluso con buenos amigos, temo que un día me rechacen	a	b	c	d	e
16. A menudo me siento deprimido aunque las cosas vayan bien.	a	b	c	d	e
17. Tiendo a gustarle realmente a las personas o a disgustarles.	a	b	c	d	e
18. Habitualmente no me importa lo que otros piensen de mí.	a	b	c	d	e
19. Me siento bien dejando a otros entrar en mi vida, revelando mi propio yo.	a	b	c	d	e
20. Me parece estar implicado en los problemas de los demás.	a	b	c	d	e
21. Me preocupa mucho lo que otros piensen de mí.	a	b	c	d	e
22. Me molesta que los amigos traten de cerrarse.	a	b	c	d	e
23. Muchos de mis amigos tienen demasiados problemas.	a	b	c	d	e
24. Estoy muy sensible a los sentimientos de aquellos que me son importantes	a	b	c	d	e
25. Soy altamente crítico con las cosas que hago y digo.	a	b	c	d	e
26. Trabajando duro conseguiré resolver la mayoría de los problemas y conseguiré mejores cosas para la gente.	a	b	c	d	e
27. Mi estado de ánimo es bastante estable y no me siento afectado por los problemas o estados de ánimo de los demás.	a	b	c	d	e
28. Tiendo a evitar las relaciones íntimas.	a	b	c	d	e
29. Para que las cosas se hagan correctamente, debería hacerlas yo mismo.	a	b	c	d	e
30. Soy muy abierto a los demás con respecto a mis sentimientos, no me importa lo que ellos sean. ***	a	b	c	d	e
31. Cuando hay mucha actividad rodeándome tiendo a tomar las riendas.	a	b	c	d	e
32. Cuando me implico demasiado con alguien empiezo por adoptar sus valores y sus gustos.	a	b	c	d	e
33. A menudo capto los argumentos de otras personas a la mitad.	a	b	c	d	e
34. De niño, parece como si todo lo que hubiese hecho no fuera suficiente.	a	b	c	d	e
35. Algunas veces, no sé cómo me siento realmente.	a	b	c	d	e
36. Muchos de mis amigos dependen de mi guía y consejo.	a	b	c	d	e

ANEXO 4.

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS.

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en qué medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave:

Totalmente de acuerdo=5

De acuerdo=4

Neutral= 3

En desacuerdo=2

Totalmente en desacuerdo=1

1. Es importante para mí que los demás me aprueben.
2. Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.
3. Quiero gustar a todo el mundo.
4. Puedo gustarme a mí mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.
5. Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.
6. Aunque me gusta la aprobación, no es una auténtica necesidad para mí.
7. Es molesto pero no insoportable que te critiquen.
8. Odio fallar en cualquier cosa
9. Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr.
10. Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.
11. No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.
12. Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.
13. Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.
14. Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen

15. Aquellos que actúan mal deben ser castigados.
16. La inmoralidad debería castigarse intensamente.
17. Todo el mundo es básicamente bueno
18. Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean
19. Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.
20. Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.
21. Es terrible pasar por situaciones que no me gustan.
22. Es difícil para mí realizar tareas desagradables.
23. Creo que puedo soportar los errores de los demás.
24. Una vida de facilidades rara vez es recompensante.
25. No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.
26. Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello.
27. No puedo soportar correr riesgos.
28. Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres
29. Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.
30. Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.
31. Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.
32. Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo
33. Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.
34. Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a si misma de esa manera.
35. Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas.
36. La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.
37. Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.
38. Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.
39. Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.
40. Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie
41. Encuentro fácil aceptar consejos.
42. Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.
43. Creo que no tengo que depender de otros.
44. He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.
45. Siempre nos acompañaran los mismos problemas.
46. Es casi imposible superar las influencias del pasado.

47. Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.
48. Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.
49. Somos esclavos de nuestras propias historias personales
50. Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.
51. La gente nunca cambia básicamente.
52. Existe una forma correcta de hacer cada cosa.
53. No hay una solución perfecta para las cosas.
54. Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.
55. Todo problema tiene una solución correcta.
56. Rara vez hay una solución ideal para las cosas.

ANEXO 5.

SECUENCIA TERAPÉUTICA.

SESIÓN CERO.

Objetivo general: Recopilar datos de la paciente.

Objetivo específico: Realizar la historia clínica de la paciente y medir su grado de codependencia emocional.

Actividades:

- Entrevista Multimodal de Lazarus.
- Entrevista de dependencia de J. Castello.
- Aplicación del Cuestionario de Roehligh y Gaumond (1996) con una adaptación al Castellano de Sirvent y Martinez (2000).

SESIÓN 1.

Objetivo general: Conocer a cerca de la relación con su pareja.

Objetivo específico: Identificar posibles rasgos de codependencia.

Actividades:

- Ventana de Johari.
- “Carta a mi pareja”.
- Leer el libro los 7 lenguajes del amor, de Gary Chapman.

SESIÓN 2.

Objetivo general: Fomentar la autoestima.

Objetivo específico: identificar posibles rasgos de codependencia.

Actividades:

- Darse una hora a la semana, para hacer lo que le gusta.

SESIÓN 3.

Objetivo general: Control de emociones y fomento de la asertividad.

Objetivo específico: Proponer diferentes escenarios y formas para comunicarse positivamente con su pareja.

Actividades:

- Análisis de la película 7 años de matrimonio.
- Tema asertividad
- Técnicas de relajación
- Darse una hora a la semana, para hacer lo que le gusta.

SESIÓN 4.

Objetivo general: Fomentar autoestima.

Objetivo específico: Reconocerse a sí misma.

Actividades:

- Cuadro de fortalezas y debilidades.
- Libro los 5 lenguajes del amor de Gary Chapman
- “Oración para mí misma”
- Darse una hora a la semana, para hacer lo que le gusta.

SESIÓN 5.

Objetivo general: identificación de ideas irracionales.

Objetivo específico: Reducir el estrés y recopilar información de por medio de un cuestionario.

Actividades:

- Aplicación del Cuestionario de Creencias Irracionales (IBT)
- Temas selectos del libro “El arte de no amargarse la vida” de Rafael Santandreu.
- Técnicas de relajación.

SESIÓN 6.

Objetivo general: Trabajar sobre las ideas irracionales.

Objetivo específico: Conocer y reconocer los miedos y creencias irracionales de la paciente, respecto a su pareja y a ella misma.

Actividades:

- Tema: Celos
- Tema: tipos de Amor
- Tema: Reglas y límites de sana convivencia en la pareja.
- Temas selectos del libro “El arte de no amargarse la vida” de Rafael Santadreu”.
- Oración “Yo creo en el amor”.

SESIÓN 7.

Objetivo general: Reforzar autoestima, retroalimentación.

Objetivo específico: Reconocimiento personal, autoconocimiento.

Actividades:

- Tema: Límites en la pareja, ¿Los aplico en mi relación?
- Tema: Asertividad, ¿Me comunico de manera adecuada a la situación?
- Temas selectos del libro “El arte de no amargarse la vida” de Rafael Santandreu.

SESIÓN 8.

Objetivo general: Fomentar la sana convivencia en pareja.

Objetivo específico: Reflexiones y analogías de la convivencia en pareja, apoyándonos de algunos libros.

Actividades:

- Temas selectos del libro “cartas de las mujeres que aman demasiado” de Robin Norwood.
- Temas selectos del libro “Mas sabe el diablo por positivo, que por diablo” de Wilman Roa Franco.

SESIÓN 9.

Objetivo general: Cierre de Ciclos.

Objetivo específico: Mostrar a la paciente maneras en las cuales puede cerrar ciclos de su vida, para la sana convivencia en su entorno.

Actividades:

- Tema: Fases de duelo.
- Temas selectos del libro “El arte de no amargarse la vida” de Rafael Santadreu.
- Temas selectos del libro “Cartas de las mujeres que aman demasiado” de Robin Norwood.

SESIÓN 10.

Objetivo general: Cierre de terapia.

Objetivo específico: Retroalimentar lo visto a lo largo de las sesiones pasadas, dar un cierre adecuado y recomendaciones a la paciente.

Actividades:

- Tema: limites en mi relación de pareja
- Tema: Autoestima y valía personal
- Aplicación del IBT (Re-test)
- Aplicación del Cuestionario de Roehligh y Gaumond (1996) con una adaptación al Castellano de Sirvent y Martinez (2000). (Re-test)
- Haciendo un” compromiso conmigo misma”
- Cierre y Recomendaciones.

ANEXO 6.

ORACIÓN PARA UNO MISMO.

(Del libro de la Maestría del Amor).

Hoy, Creador del Universo, te pedimos que nos ayudes a aceptarnos a nosotros mismos tal como somos, sin juzgarnos. Ayúdanos a aceptar nuestra mente tal como es, con todas nuestras emociones, nuestras esperanzas y nuestros sueños, nuestra personalidad, nuestra manera de ser única. Ayúdanos a aceptar nuestro cuerpo tal como es, con toda su belleza y su perfección. Permite que el amor hacia nosotros mismos sea tan fuerte que nunca más volvamos a rechazarnos o a sabotear nuestra felicidad, nuestra libertad y nuestro amor. De ahora en adelante, permite que cada acción, cada reacción, cada pensamiento y cada emoción se fundamenten en el amor. Ayúdanos, Creador, a aumentar el amor hacia nosotros mismos hasta que todo el sueño de nuestra vida se transforme, y el miedo y la desdicha sean sustituidos por el amor y el júbilo. Permite que el poder del amor hacia nosotros mismos sea lo suficientemente fuerte para romper todas las mentiras que nos hicieron creer; todas las mentiras que nos dicen que no somos suficientemente buenos o suficientemente fuertes o suficientemente inteligentes, y que no seremos capaces de conseguirlo.

Permite que el amor hacia nosotros mismos sea tan fuerte que ya no necesitemos vivir nuestra vida según las opiniones de otras personas.

Permite que confiemos del todo en nosotros mismos a fin de que hagamos las elecciones que debemos hacer. Con este amor que sentimos por nosotros mismos ya no tenemos miedo de enfrentarnos a las responsabilidades de nuestra vida o a los problemas, ni de resolverlos a medida que surjan. Permite que el poder del amor hacia nosotros mismos nos ayude a realizar todos nuestros deseos.

Ayúdanos a empezar hoy mismo a amarnos tanto que nunca creemos una circunstancia que vaya en contra nuestra. Podemos vivir la vida siendo nosotros mismos y sin fingir que somos distintos sólo para ser aceptados por otras personas. Ya no necesitamos ser aceptados por otras personas ni que nos digan lo buenos que somos, porque sabemos lo que somos. Con el poder del amor que sentimos hacia nosotros mismos, permítenos que disfrutemos de la imagen que vemos cada vez que nos miramos al espejo. Permite que una gran sonrisa se dibuje en nuestro rostro y que realce nuestra belleza interior y exterior.

Ayúdanos a que el amor que sentimos hacia nosotros mismos sea tan intenso que nos permita disfrutar siempre de nuestra propia presencia. Permítenos amarnos sin juzgarnos, porque cuando nos juzgamos, cargamos con el peso de la culpa y los reproches, necesitamos castigarnos y perdemos la perspectiva de tu amor. Fortalece nuestra voluntad para perdonarnos a nosotros mismos en este momento.

Limpia nuestra mente del veneno emocional y de las recriminaciones a fin de que vivamos en un amor y una paz completos. Permite que el amor que sentimos hacia nosotros mismos sea el poder que cambie el sueño de nuestra vida. Con este nuevo poder en nuestro corazón, el poder del amor por uno mismo, permítenos transformar todas las relaciones que mantenemos, empezando por la que tenemos con nosotros mismos. Ayúdanos a estar libres de conflictos con los demás. Permítenos ser felices por compartir nuestro tiempo con las personas que amamos y perdonarlas por cualquier injusticia que sintamos en nuestra mente. Ayúdanos a amarnos tanto a nosotros mismos que perdonemos a cualquier persona que nos haya herido en nuestra vida.

Concédenos el valor para amar a nuestra familia y a nuestros amigos incondicionalmente y, para cambiar nuestras relaciones de la manera más positiva y amorosa posible. Ayúdanos a crear nuevos canales de comunicación en nuestras relaciones a fin de que no se produzca una guerra de control, de que no exista un vencedor o un perdedor. Permítenos trabajar unidos, como un equipo, para el amor, la dicha y la armonía. Permite que las relaciones con nuestra familia y nuestros amigos se fundamenten en el respeto y la alegría a fin de que no sintamos la necesidad de decirles qué deben pensar o cómo deben ser.

Permite que nuestra relación romántica sea la relación más maravillosa; permite que nos sintamos dichosos cada vez que lo compartimos todo con nuestra pareja. Ayúdanos a aceptar a los demás como son, sin juicios, porque cuando los rechazamos, nos rechazamos a nosotros mismos, y cuando nos rechazamos a nosotros mismos, te rechazamos a ti. Hoy es un nuevo comienzo.

Ayúdanos a empezar otra vez nuestra vida con el poder del amor hacia nosotros mismos. Ayúdanos a disfrutar de la vida, a disfrutar de las relaciones, a explorar la vida, a arriesgarnos, a estar vivos y a no vivir más con miedo al amor.

Permítenos abrir nuestro corazón al amor que nos corresponde por derecho de nacimiento.

Ayúdanos a convertirnos en maestros de la Gratitude, de la Generosidad y del Amor a fin de que seamos capaces de disfrutar de todas tus creaciones por siempre jamás. Amén.

ANEXO 7.

YO SOY YO- YO SOY ÚNICA.

(Del libro de la Maestría del Amor).

En todo el mundo, no hay otra que sea igual a mí, hay personas que tienen algunas partes semejantes a las mías, pero nadie es auténticamente mío, porque yo así lo he decidido.

Soy dueña de todo lo que hay en mí; mi cuerpo, incluyendo todo lo que nace; mi mente, incluyendo todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo las imágenes que contemplan; mis sentimientos; cualesquiera que sean; mi boca y todas las palabras que salgan de ella; mi voz fuerte o suave; y todos mis actos, ya sean dirigidos a otros o a mí misma.

Soy dueña de mis fantasías, mis sueños, esperanzas, triunfos y éxitos, es por ello que puedo conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo amar y ser amistosa conmigo en todas mis formas. Así, puedo hacer posible que todo mi ser trabaje en beneficio de mis intereses. Reconozco que hay aspectos en mí que me intrigan, y que, hay otros que desconozco. Pero mientras amistosa, amorosa y comprensiva conmigo misma, puedo buscar con valor y esperanza las soluciones a estas interrogantes y los medios para descubrir y mejorar a mi propio Yo.

Tengo la capacidad de aprender de las experiencias que la vida, misma me está brindando, puedo conservar lo que está siendo benéfico en mi vida.

Puedo ver, escuchar, sentir, pensar, decir y hacer. Tengo los medios, las habilidades y las ganas para salir adelante, para ser productiva para mí misma, mi familia y la sociedad.

Me pertenezco, y por tanto puedo construir una mejor versión de mi misma.

YO SOY YO, en el aquí y en él ahora me encuentro bien.

ANEXO 8.

CREO EN EL AMOR.

(Del libro de la Maestría del Amor).

Creo en el amor, en amar y ser amada. Considero que en el amor, incluyendo la emoción y lo que esta conlleva es lo más gratificante y satisfactorio que puede sentir una persona.

Sin dar y recibir amor, el alma y el espíritu del hombre se secaría, es por ello que el amor no puede cumplir con todas las exigencias de la vida; también son fundamentales la inteligencia emocional, el autoestima la confianza, el respeto, la conciencia de mi misma y de mi pareja.

Es por ello que hoy declaro que amar de verdad será el no poner condiciones, ni aceptar las de mi pareja, ya que esta condición respeta la integridad del individuo.

Permitiendo que haya espacios en nuestra unión, dejemos que los vientos dancen entre nosotros, amémonos el uno al otro, mas no creemos una prisión, es preferible que nos vuélvamos un inquieto mar entre las playas de nuestras alamas, llenando la copa del otro, mas no bebiendo de una sola. Convidémonos de nuestro pan; mas no comamos del mismo, cantemos y bailemos juntos, dejando que cada uno este solo, ofrezcámonos el corazón, pero que cada uno sea fiel guardián, porque únicamente es la vida quien puede contener nuestros corazones.

Toda pareja tiene tres partes; TU, YO y NOSOTROS, dos personas, tres partes, cada una de ellas significativa, cada una con vida propia.

CONCLUSIONES.

Actualmente la terapia cognitivo conductual plantea a la codependencia emocional como una conducta desadaptada que conlleva patrones afectivos inadecuados; la intervención terapéutica está encaminada a mejorar los pensamientos del individuo que sustenta ideas irracionales.

Es así como la terapia se enfoca en la identificación de distorsiones cognitivas y a la corrección de las mismas por medio de técnicas específicas que generen un comportamiento asertivo.

La terapia cognitivo conductual aporta sino inmediata, pero si más rápida y efectiva recuperación y solución a la problemática del paciente, ya que actúa por medio de la modificación de conductas, acciones nuevas y más saludables para ellos.

Cuando se trata con pacientes codependientes es necesario generar en ellos un insight, y centrarlos en la realidad de su problema, por medio de la eliminación de ideas irracionales y poco probables de lo que podría pasar en su vida, si se deja de depender de la pareja.

Con base a la literatura y al estudio de caso realizado podemos decir que el individuo codependiente es aquel que desde su infancia ha recibido poco afecto, es por ello que constantemente presenta demandas de atención y afecto con su pareja sentimental, ya que su mayor temor es el abandono físico y emocional.

Uno de los detonantes de la codependencia emocional es la falta de autoestima, es por ello que se debe trabajar desde muy temprana edad fortaleciéndola y forjándola (por medio de la identificación de virtudes y aptitudes), para que cada individuo sepa darse el valor y respeto, que merece, es decir, el "amor propio".

Muchos patrones de codependencia ejercidos con la edad adulta son aprendidos durante la infancia; niños que fueron agredidos y abusados tanto física como psicológicamente son quienes en su adultez presentan una autoestima sumamente dañada, la cual conlleva

a ejercer patrones de conducta con límites demasiado amplios, generando así relaciones de noviazgo dolorosas, destructivas y violentas.

De acuerdo al estudio de caso pudimos notar que la codependencia disminuye sí el profesional de la salud trabaja en centrar al paciente en el aquí y en el ahora, erradicando sus ideas irracionales y encaminándolo a generar límites saludables en su relación de pareja; el aumento de su autoestima implicará un compromiso emocional que evitará vuelvan a presentarse patrones de conducta codependiente.

RECOMENDACIONES.

Al concluir con la intervención terapéutica, se recomienda, a las personas codependientes:

- Trabajar en su autoestima.
- Tratar de ser autónomo en la toma de decisiones.
- Controlar las emociones, a partir de las técnicas como: stop a los pensamientos, tiempo fuera y ejercicios de respiración.
- Ser responsable de tus actos y la consecuencia de ellos.
- Aceptar y respetar a los demás tal y como son, sin querer cambiarlos.
- El valor personal reside en ti mismo, por lo tanto, evita buscar tu valoración en los demás.
- Recuerda que la persona más importante que existe, eres tú.
- Construye relaciones equilibradas.
- Generar límites saludables, en las relaciones interpersonales.
- Tratar de generar tiempo de calidad en pareja.
- Todo tiene solución, recuerda que existe un abanico de alternativas, ante los problemas y/o circunstancias.
- Recuerda disfrutar del presente, el aquí y el ahora, es lo que tenemos.

Referencias bibliográficas.

Alberoni, F. (1979). Enamoramiento y amor. Gedisa. España.

Alvarado, S. (2000). La codependencia y la familia adictiva. En <http://www.crublap.org/html/codependencia.html>

Anguianas, G. & Sánchez, S. (2004) las necesidades de la dependencia afectiva y la tolerancia al maltrato psicológico en mujeres, Tesis de psicología, facultad de psicología, UNAM.

Beceña, E. (2001). Terapia cognitivo conductual, antecedentes y técnicas. México: Universidad Intercontinental.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Mc Graw Hill. España.

Bragado, C. (1992). Metodología e investigación en la práctica del psicólogo clínico. Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Fac. Psicología, UCM. en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=538>.

Compas, E. & Gotlib, I. (2003). Introducción a la psicología clínica. Ciencia y práctica. México: Mc Graw Hill.

Caballo, V. (1998). Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. España: Siglo XXI.

----- (2001). Tratamientos cognitivos conductuales para los trastornos de personalidad psicológica conductual, vol. 9. España: Siglo XXI.

Castello, J. (2001). Análisis del concepto de dependencia emocional. En http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

----- (2005). Dependencia emocional, características y tratamiento. Alianza. Madrid.

Compas, B. & Gotlib, I. (2003). Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica. México: MCGraw-Hill.

Coon, D. (2005). Fundamentos de Psicología. México: Thompson.

Craig, G. (2001a). Desarrollo psicológico. México: Pearson.

Craig, G. Baucum, D. Pecina Hernandez J.C., (2001b). Desarrollo psicológico. Pearson educación. México.

Díaz-Loving, R. & R. Sánchez Aragón. (2002). Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Eguiluz, L. (2008). El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas. Pax. México.

Farré, J., Soler, P & Gascón, J. & Fuilana, M. (2005). Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Ars Médica. Barcelona.

Feixas, G. y Miro, M. (1993a). Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Barcelona.

----- (1993b). Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Barcelona.

Forward, S. (2004) Chantaje emocional. Diana. México.

Gavino, A. (2002). Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. Pirámide. España.

González, E. (2006). Psicología del ciclo vital. Editorial CCS. México.

Guevara, W. (2002). La codependencia una forma de convivir con el sufrimiento. En <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/334/308>

Hansen Lemme, H. (2003) Desarrollo de la edad adulta. Manual Moderno. México.

J. S. Beck. (2000). Terapia Cognitiva "Conceptos básicos y profundización". Gedisa. México.

Jurgen, K. (2007). Corrientes fundamentales de psicoterapia. Amorrortu. Buenos Aires.

Kazdin, A (2001). Métodos de investigación en Psicología Clínica. Pearson Education. México.

Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Psimática. México.

Maslow, H. (1991). Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos. España.

May D. (2000). La dependencia controladora, la dependencia sumisa. Madrid: Desdre de browser.

Mordechai Gottman, J & Silver N. (2002). Plaza Y Jones, editores. España.

Melody, B. (1999). Ya no seas codependiente: cómo dejar de controlar a los demás y empezar a ocuparse de sí mismo. Promexa. México.

----- (2002). Relaciones, más allá de la codependencia. Primera edición. México

----- (2005). Libérate de la codependencia. Sirio. México.

Navarro Cueva, R. (1994a). Del conocimiento clásico a la terapia conductual cognitiva, hacia un modelo de integración en aprendizaje y comportamiento, Vol. 10. Lima: A.L.A.M.O.C.

----- (1994b). Del condicionamiento clásico a la Terapia cognitivo conductual: hacia un modelo de integración. Gedisa. México.

Noriega Gayol, G. (2013). El guión de la codependencia en relaciones de pareja, diagnóstico y tratamiento. Manual Moderno. México

Noorwood, R. (1996). Las mujeres que aman demasiado. Javier Vergara Editor. Buenos Aires.

Noorwood, R. (1998). Cartas a las mujeres que aman demasiado. Javier Vergara Editor. Buenos Aires.

Olmedo Silvia. (2009) Pregúntale a Silvia. Los secretos de Eva. Aguilar. México.

----- (2010) Los misterios del amor y el sexo. Aguilar. México.

Papalia, D. (2009). Psicología del Desarrollo. McGraw-Hill. México.

Pía, M & Wells Miller A. & Miller, K. (2005a) La codependencia: Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas, aprende hacerle frente. Paidós. Barcelona.

Pía, Mellody. (2005b) La Codependencia: Qué es, de dónde procede, cómo sabotea a nuestras vidas. Aprende a serle frente. Paidós. México.

Pietro Daniel. (2003). La dependencia afectiva. Diana. México.

Riso, W. (2003). Aprendiendo a quererse a sí mismo. Grupo Norma. Colombia.

Riso, W. (2004). Amar o depender, Como superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable. Grupo norma. Bogotá.

Roa Franco, W. (2009). Mas sabe el diablo por positivo que por diablo en <http://www.wilmanroa.com/MAS%20SABE%20EL%20DIABLO%20POR%20POSITIVO%20QUE%20POR%20DIABLO%20-%20Por%20Wilman%20Roa%20Franco.pdf>

Ruiz, Sánchez & Imbernon, González. (1996). Sentirse mejor: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. Gedisa. México.

Ruiz, Sánchez, J. & Cano Sánchez, J. (1999). Manual de psicoterapia cognitiva. Gedisa. México.

Sampieri Hernández R, Et. Al. (2004). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México.

Sánchez Escobedo, P. (2008).Psicología Clínica. Manual moderno. México.

Sank, L. y Shafer, C. (1991) Manual del terapeuta de Terapia Cognitivo Conductual. Manual Moderno. España.

Santandreu, R. (2011). El arte de no amargarse la vida. Werth. España.

Santos, G. (2011). Protocolo de atención a familiares de abusadores y dependientes de drogas u otras conductas adictivas. Bajadoz. Buenos Aires.

Sternberg, R. (1989). El triángulo del amor, intimidad, pasión y compromiso.

Werner, I. (1992). Métodos en Psicología clínica. Limusa. México.

Wolpe, J. (2004) Práctica de la terapia de la conducta. Trillas. México