



**UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN
INCORPORADA A LA UNAM**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
CLAVE DE INCORPORACIÓN 895225**

**“ANÁLISIS DE ESTUDIO DE CASOS SOBRE CODEPENDENCIA
EMOCIONAL CON INTERVENCIÓN DE TERAPIA BREVE
ESTRATÉGICA”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

ANAD JOVANA JIMENEZ GEA

ASESOR

Lic. Miguel Ángel Aguilar Padilla

CIUDAD DE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
Preguntas de investigación:	7
Objetivo general:	7
Objetivos Particulares	8
CAPÍTULO I. CODEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EMOCIONAL	9
1.1 Definiciones de codependencia.	18
1.2 Antecedentes de la codependencia	21
1.3. Tipos de codependientes.....	23
1.4. Síntomas de la codependencia	25
1.5. Características.....	27
1.6. Patrones de comportamiento	28
1.7. Afectaciones de la Codependencia	30
1.7.1 Triángulo de la codependencia	30
1.7.2 Explosiones de ira y conductas pasivo-agresivas.	32
1.7.3 Conductas adictivas, adicción al trabajo, al juego, a las compras, a la comida, al sexo y otras fuentes de adicción.	33
1.7.4 Afectación a los hijos de codependientes.	35
CAPÍTULO II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	38
2.1 Modelo Psicodinámico.	40
2.2 Modelo Humanista	45
2.3 Modelo Conductual.....	48
2.4 Modelo Cognitivo	51
2.5 Modelo Sistémico	56
2.5.1 Modelos de Terapia Sistémica Estructural	58
2.5.1.1 Terapia Intergeneracional	58
2.5.1.2 Terapia de la Escuela de Milán	59

2.5.1.3 Terapia Breve del MRI	62
2.5.1.4. Terapia Narrativa	63
2.5.1.5 Terapia Breve Estratégica (TBE).....	65
2.6 Diferencias de TBE con los modelos anteriores.	67
Capítulo III. Relaciones de pareja.	69
3.1 Elección de las parejas.	70
3.1.1 Factores que intervienen en la elección de la pareja.	71
3.2 Modelos de relación en la dinámica de la pareja (aproximación sistémica).	75
3.2.1 Según el sistema de cambio y progreso	75
Capítulo IV. Estudios relacionados.	80
En el país:	82
Extranjeras:	85
MÉTODO.....	94
Enfoque Metodológico y Tipo de diseño.	95
Variables Cuantitativas.....	96
-Definición Conceptual:.....	96
-Definición Operacional:.....	97
Hipótesis:.....	98
Muestra:	99
Instrumentos:	100
ICOD	100
Objetivo General del Instrumento:.....	100
Descripción del instrumento:	100
Factores que mide el ICOD:	101
Materiales:	103
Procedimiento:.....	103
PRESENTACIÓN DE LOS CASOS	106
CASO 1.....	107
CASO 2	109
APLICACIÓN DEL ICOD.....	112
DIAGNÓSTICO.....	113
INTERVENCIÓN.....	114

SEGUIMIENTO.	121
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	122
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	145
REFERENCIAS.....	157
ANEXOS	163

AGRADECIMIENTOS

A los profesores por sus enseñanzas con las que nos guían para la formación profesional.

A mis padres e hermano a quienes con mucho amor y respeto les agradezco su amor incondicional.

A mis amigos quienes sostuvieron mi mano durante este proceso.

A Dios por la fortaleza, sabiduría, sanidad y amor.

A mi asesor de tesis Miguel Ángel Aguilar Padilla.

DEDICATORIA

A mis padres Claudia Rodríguez y Juan Jimenez quienes de su mano voy guiada, avanzando con sus enseñanzas e apoyo incondicional, por su amor con el que nos han formado.

A mi hermano Roberto Jimenez quien me apoya emocionalmente en cada paso y quien ha sido mi luz en esta vida.

A mis amigos quienes me han motivado y fortalecido en este proceso.

A Dios quien me otorgado unos grandes custodios en este proceso, por darme la fuerza y la voluntad para lograr mi formación tanto personal como profesionalmente.

RESUMEN

La presente investigación se trabajó con un enfoque mixto preponderadamente cualitativo con un diseño Pre-experimental a través de estudios de caso para establecer la efectividad de un modelo de intervención para la atención de la codependencia emocional, utilizando el instrumento ICOD. Se hizo uso de la Terapia Breve Estratégica, con el fin de modificar patrones conductuales en mujeres que presentaron índices altos en la prueba descrita; logrando resultados diferenciales considerables en los indicadores del instrumento una vez utilizados los procesos de la terapia propuesta; aunque con resultados no generalizables, dadas las características experimentales de esta investigación.

Palabras clave: Codependencia emocional, instrumento ICOD, terapia breve estratégica, patrones conductuales.

ABSTRACT

The present investigation became a predominantly qualitative mixed approach with a Pre-experimental design through case studies to establish the effectiveness of an intervention model for the attention of the emotional codependence, using the ICOD instrument. The Strategic Brief Therapy was used, in order to modify behavioral patterns in women who presented high rates in the described test; achieving significant differential results in the indicators of the instrument once the processes of the proposed therapy have been used; although with non-generalizable results, given the experimental characteristics of this research.

Key words: Emotional codependence, ICOD instrument, Strategic Brief Therapy, behavioral patterns.

INTRODUCCIÓN

La codependencia ha sido identificada como un problema que se establece lenta y progresivamente. El individuo pasa de momentos de aparente estabilidad a crisis recurrentes, de una reacción “normal” ante una situación anormal a un problema de relación patológica (Freixa & Sanfeliu, 2000).

Se considera que una persona es codependiente cuando permanece en una relación con una pareja que abusa de ella o la explota, y organiza su vida alrededor de ésta mediante un fuerte compromiso, a pesar de la ausencia de satisfacciones personales, en la presente investigación será tratado este fenómeno desde una intervención realizada a partir de la Terapia Breve Estratégica; realizando un encuadre conceptual, de la evolución científica de este fenómeno así como de la modalidad terapéutica propuesta para el estudio de los dos casos que se considerarán.

Dentro de esta investigación se podrán revisar los diferentes tipos de codependientes, los derivados de la diferencia entre la dependencia y la codependencia emocional; además las acciones de los codependientes se encuentran correctamente definidas en patrones de comportamiento que pueden ser identificados y que de hecho serán la fuente de información para establecer la estrategia de intervención en esta propuesta, patrones que derivan en modelos redundantes de conducta.

La codependencia es considerada multicausal, con patrones de vida transgeneracionales presentados en la cultura, por lo cual se tomó en consideración reconocer sus afectaciones desde un punto individual de quien la padece y de quienes están dentro del sistema familiar en este caso hijos de las madres codependientes.

En el caso particular de esta investigación, se consideró la identificación de los puntos de mejora en los patrones comportamentales de los participantes, así

como de las perspectivas sobre sí mismas, consiguiendo establecer antecedentes del beneficio de uso de este modelo de intervención psicológica en particular; sumando sin duda a los documentos que establecen el valor de los diferentes modelos terapéuticos centrados en los procesos cognitivos. Este estudio intenta generar un beneficio social en el sentido inmediato; puesto que sienta las bases de una intervención de resultados objetivos, que es indispensable atender a quienes, de hecho, no saben que están haciéndose daño emocionalmente a ellos mismos y a sus seres amados; Berner en 1974 desarrolló el concepto de guiones de género, el cual se observa explícitamente en la definición siguiente sobre la codependencia manifestada como una conducta sumisa en la relación es tanto cultural como un guión de género para las mujeres. La cultura mexicana se encuentra profundamente afectada por guiones de género. El guión que ha dominado en el hombre es machismo, puesto que la codependencia y sus acciones son una constante del ideario general de las familias mexicanas y por tanto algunos de esos patrones son socialmente aceptados.

La idea fundamental de la presente investigación es conseguir generar un antecedente fundamentado y comprobado de los beneficios que una terapia específica en particular puede atender un fenómeno real y difícil de lograr transformaciones deseadas por el usuario del servicio de atención psicológica que es la Codependencia Emocional.

En el capítulo uno, se abordarán los elementos conceptuales de la codependencia y dependencia emocional, con un encuadre teórico y contextual, así como el abordaje de trastornos asociados con estos mismos conceptos, se describirá el concepto de codependencia, sus antecedentes, su tipología, los síntomas que se presentan en ésta, características, así como patrones de comportamiento, sus afectaciones a nivel individual, en hijos y parejas, que conviven con el codependiente.

En el capítulo dos, se presentarán las modalidades de intervención terapéutica de una forma no exhaustiva, a fin de generar una compartición con el modelo de Terapia Breve Estratégica que fue la base para la intervención de esta investigación, revisando también los modelos; psicodinámico, humanista, conductual, cognitivo y finalmente el sistémico, en el cual se consideran las distintas modalidades de la terapia sistémica.

En el capítulo tres, se analizan las relaciones de pareja, los factores que intervienen en la elección de pareja como: el social, biológico, psicológico, socioculturales, sistémicos y de comunicación, considerando también los modelos de relación en la dinámica de pareja desde una aproximación sistémica.

En el capítulo cuatro, son expuestos los estudios relacionados de acuerdo con investigaciones que tengan similitud con la propuesta de esta investigación, tomando en cuenta cinco tesis de México y dos tesis extranjeras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación tiene como interés analizar dos estudios de caso de mujeres codependientes tratadas a través de la terapia breve estratégica, considerando su influencia en el sistema familiar, con la finalidad de cambiar los factores que mantienen una problemática que permita modificar los patrones de comportamiento y modelos de conductas que son responsables de mantener la codependencia emocional.

De la misma forma, se atenderán los síntomas presentados por los hijos de las madres codependientes dentro del núcleo familiar, a fin de generar evidencia de que la codependencia es un padecimiento multifactorial con afectaciones a diversos sistemas del individuo que la padece.

La intervención pretende encuadrar lo que en un contexto relacional sucedió en la dinámica interpersonal del núcleo familiar y de pareja, logrando realizar una modificación en los patrones de comportamiento en un periodo corto no mayor de seis meses, con un número de quince sesiones, donde se modificará el patrón de conductas disfuncionales del individuo codependiente en sistemas tanto de pareja como del núcleo familiar, empleando la terapia breve que tiene como objetivo el planteamiento de una intervención donde los resultados sean a corto plazo con la finalidad de lograr una intervención eficaz.

Se toma en consideración que las personas que padecen la codependencia deben modificar patrones de conducta de manera urgente, debido a que en la mayoría de los casos sus relaciones son conocidas como de “alto riesgo”, donde alude por ejemplo: mujeres con violencia doméstica, actos de abuso sexual por parte de sus parejas, violencia de tipo verbal, mujeres que tienen un desarrollo incompleto de la identidad en su autoconcepto de sí mismas, buscando con ello una intervención que mantenga un efecto permanente a largo plazo permitiendo una reestructuración emocional y motivación de continuar un tratamiento.

De ninguna forma se pretende que la recuperación sea instantánea, esto intenta decir que la intervención inmediata tenga un impacto importante y relevante de apoyo para que las mujeres codependientes tengan herramientas necesarias para continuar el tratamiento y no dejarlo hasta que finalmente logren la reestructuración adecuada de conductas deseadas que les permitan desarrollarse en un sistema de pareja y núcleo familiar sano. Ahora bien ¿Es de considerarse que la terapia breve estratégica sea eficaz para cambiar y modificar el patrón de conducta disfuncional que se presentan en los circuitos de los modelos de conductas responsables de mantener la codependencia emocional y lograr reconocer las afectaciones que ésta ha causado a nivel individual y en los hijos de madres codependientes?

Preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la efectividad de la Terapia Breve Estratégica sobre la atención de los modelos recurrentes de conductas responsables de mantener a las parejas codependientes emocionales unidas en una relación destructiva?
2. ¿Qué patrones de comportamiento se presentan en las relaciones de parejas codependientes emocionalmente?
3. ¿Cuáles son las vivencias y consecuencias emocionales que experimentan las parejas que tienen una relación codependiente emocionalmente?
4. ¿Cómo afecta la codependencia en el núcleo familiar a los hijos de madres codependientes?
5. ¿Qué factores son los que influyen para mantener una relación destructiva en las parejas de codependencia emocional?
6. ¿Qué afectaciones presenta una mujer codependiente emocional?

Objetivo general:

Analizar dos estudios de caso de mujeres codependientes tratadas con la terapia breve estratégica y modificar los patrones de conductas que afectan sistemas a nivel individual, de pareja y de hijos de mujeres que son codependientes emocionales.

Objetivos Particulares:

1. Documentar los modelos de conductas responsables de mantener a las parejas codependientes emocionalmente unidas en una relación que es destructiva.
2. Iniciar un proceso de intervención terapéutica en casos específicos basados en el modelo centrado en soluciones de la Terapia Breve Estratégica.
3. Identificar los patrones de comportamiento existentes en las relaciones de parejas codependientes emocionalmente.
4. Profundizar en las vivencias y consecuencias emocionales de este fenómeno conocido como codependencia emocional en el individuo codependiente a partir de la relación de pareja.
5. Identificar las afectaciones en los hijos de las madres codependientes emocionales.
6. Conocer las afectaciones que presenta una mujer codependiente emocional.

CAPÍTULO I. CODEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EMOCIONAL

Dentro del presente capítulo se abordarán elementos conceptuales específicos de la codependencia emocional; aunque no sólo los conceptos, puesto que se pretende generar un encuadre teórico y contextual a la par del conceptual, será posible observar que los autores considerados mantienen una misma perspectiva teórica, o al menos consistencia teórica en la observación del fenómeno propio de este estudio.

El concepto de codependiente, como se presentara a lo largo del presente capítulo, tiene antecedentes en el concepto de dependencia emocional por un lado que se encuentra en un mal encaminado apego y el concepto de codependencia general, que tiene su nacimiento en las condiciones relacionales con respecto a los drogo dependientes, o adictos.

La codependencia plantea condiciones destructivas para el que la sufre, además de consecuencias de riesgo en el entorno social y familiar; por tanto, es de vital abordaje por parte del psicólogo de nuestros días y de su formación clara en sus condiciones, características y tipología.

La relevancia de mostrar la dependencia emocional, está relacionada con su mención en el apartado del DSM-V como trastorno de personalidad, la cual tiene rasgos muy similares a los de la persona codependiente, sin embargo, la codependencia es vista como un trastorno en casos clínicos por lo cual se ha intentado que sea incluida en los manuales diagnósticos, ya es considerada como causante de discapacidad, pérdida de calidad de vida, sufrimiento, aislamiento social, estigmatización, y etiquetada como una conducta de alto riesgo para quienes la padecen que en su mayoría son mujeres, por las características que ésta desarrolla, entre las que destacan el desinterés de su propio bienestar y por cubrir las necesidades la de los demás antes que las suyas.

Desde hace tres décadas se ha utilizado el concepto de dependencia emocional de manera regular y difundida, por ende, el de codependencia en relación a la mutua relación dependiente en las relaciones. En este apartado de la investigación se realizará un análisis a profundidad, en orden de conseguir la unificación de conceptos que a lo largo del tiempo se han venido desarrollando; primero se revisarán conceptos afines como apego ansioso, sociotropía, personalidad autodestructiva, codependencia

o adicción amorosa. Se analizarán los paralelismos y las diferencias que presentan con la dependencia emocional obedeciendo a una doble finalidad: la primera será profundizar en ella sirviéndonos de las similitudes con dichos conceptos, y la segunda delimitarla considerando las discrepancias, ya sean de contenido o de perspectiva.

Para llegar a las consideraciones sobre la ubicación de la dependencia emocional en los sistemas de clasificación psicopatológica actuales, identificando la creación a tal efecto de un trastorno específico de la personalidad (Lemos & Londoño, 2006). La citada propuesta nosológica conduciría al logro de una entidad propia y a una delimitación clara del citado concepto, de forma que dejaríamos de asimilar los problemas de estos pacientes a los esquemas teóricos y clínicos propios del apego ansioso, la sociotropía, la personalidad autodestructiva, la codependencia o la adicción al amor, que, como se hará evidente, no son enteramente satisfactorios.

De inicio es menester diferenciar de lo que sucede con naturalidad en las relaciones de pareja; quienes durante la fase de enamoramiento, crean una necesidad afectiva intensa hacia el otro; no obstante este deseo tiende a disminuir en la medida en que la relación de pareja se estabiliza, conformando con ello una relación madura (Aiquipa, 2012).

Es imposible no acudir a la concepción de Castelló en 2000, cuando de dependencia emocional se habla que se entiende como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas; este término, conjuntamente al de codependencia tiene una versión de difusión coloquial mayormente generalizado sea experto en conducta humana o no. Al ser registrado en algún artículo que un paciente presenta un patrón interpersonal de dependencia emocional, o que depende emocionalmente de su psicoterapeuta, es factible identificar qué tipo de psicopatología refiere. Igualmente, en medios de divulgación como prensa, radio o televisión, en los libros de autoayuda, e incluso en conversaciones informales, aparece la “dependencia emocional”. Sin embargo, este término se utiliza escasamente en la literatura científica y no tiene el estatus de otros

constructos psicológicos como “introversión”, “narcisismo” o “asertividad”, por citar sólo algunos conocidos.

De manera particular, la dependencia emocional sí se ha estudiado indirectamente mediante conceptos afines. Dichos conceptos tienen entidad propia, que han servido para conocer mejor a este fenómeno y a esta clase de pacientes, y especialmente han proporcionado un marco de referencia para su comprensión, evaluación y tratamiento. Cuando se hace referencia a un paciente que presenta una pauta permanente de apego ansioso, a otro que mantiene relaciones autodestructivas, a un tercero codependiente de un alcohólico, a otro con depresión sociotrópica, y a uno más con adicción amorosa, se está hablando con términos o perspectivas diferentes de un mismo tipo de personas: los dependientes emocionales. No cabe duda de que la aproximación que ofrecen estos conceptos similares es sólo tangencial, y que no es posible equiparlos o utilizarlos como sinónimos; lo más beneficioso sería, entonces, estudiar los puntos que tienen en común con la dependencia emocional con el fin de conocerla en profundidad, y después analizar las diferencias que sin duda existen.

Se abordarán entonces a continuación algunos de los trastornos asociados con la dependencia y codependencia emocional:

Apego ansioso

Existe un tipo especial de apego infantil, en el que el niño tiene un miedo constante a la separación de una figura vinculada (por ejemplo, la madre), protesta enormemente cuando se aleja y se aferra a ella de una manera excesiva. Como su propio nombre indica, el vínculo que mantienen estos niños no es seguro, y esto produce en ellos un continuo estado de alerta ante la temida separación y desprotección. El autor Bowlby en 1993 definió la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de

apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados.

Para Bowlby (1995) “La presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales de funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida”. (p.145)

El apego ansioso o ansiedad de separación se ha relacionado con psicopatologías adultas como la depresión y la agorafobia, e indirectamente con el comportamiento violento o antisocial.

Las similitudes de este concepto con la dependencia emocional son evidentes; de hecho, en ésta se presentan los tres subcomponentes fundamentales del apego ansioso: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación.

El apego ansioso y la dependencia emocional basan su diferencia en el enfoque radicalmente conductual del primero, es decir, en que en su conceptualización los fenómenos del apego y de la separación están menospreciados afectivamente. Las referencias explícitas a las emociones se producen cuando se describe la reacción ante un apego exitoso (bienestar, alegría) o uno frustrado (ansiedad, tristeza o ira), por lo que se echa en falta una mayor relevancia del componente afectivo del vínculo.

Bowlby (1993 citado en Eguiluz, Robles & Rosales, J.; 2003) otorga una importancia excesiva a una separación puntual o al recuerdo de amenazas de abandono, y sin duda la tienen, pero sólo si son un aspecto más de unas relaciones familiares perturbadas o insatisfactorias.

Lo patógeno no es en sí una separación temporal, sino la pérdida de vínculos afectivos creados, y mucho más cuando no hay oportunidad para crear otros nuevos o se producen situaciones de indefensión (peligros, soledad, entorno desconocido). El mencionado autor llegó a la conclusión fundada empíricamente de que tanto las experiencias repetidas de desamparo como la deficiente calidad de la relación previa

podían ser por sí mismas determinantes de la ansiedad de que se produzca una separación, y por tanto del apego ansioso posterior. Esto explicaría las diferencias individuales en las reacciones ante la separación.

La finalidad evolutiva de la conducta de apego, según el citado autor, sería la del cuidado de los hijos y protección contra los peligros, resultando suficiente para el niño la cercanía de un adulto, siempre y cuando no tenga expectativas negativas al respecto, como sucede cuando se han producido de hecho separaciones o amenazas.

El vínculo afectivo presenta una segunda finalidad biológica, además de proporcionar seguridad, la de relacionar emocionalmente a los individuos con el propósito de lograr una organización social cohesionada, y es esta finalidad la que está directamente relacionada con la dependencia emocional. Aquí la necesidad insatisfecha no es la de protección y cuidado, única invocada en la teoría del apego, sino la de afecto, y así lo demandan explícitamente las personas que sufren de carencias emocionales. Las figuras vinculadas no son sólo “bases seguras”.

Castello (2000) afirma que los dependientes y codependientes emocionales siempre presentan apego ansioso, pero lo contrario no es cierto, porque la ansiedad de separación se puede dar también por otros motivos como la indefensión o la falta de capacidades para desenvolverse en la vida cotidiana, como por ejemplo se produce en las personas diagnosticadas de trastorno de la personalidad por dependencia.

Sociotropía

Desde hace tiempo se ha observado que existen dos grandes tipos de estilos cognitivos en los pacientes deprimidos: uno de ellos centrado en la dependencia interpersonal, la necesidad imperiosa de afecto, o el temor y la sobrevaloración del rechazo; el otro más independiente y perfeccionista, con rumiaciones sobre el fracaso o la inutilidad. Al primero de los estilos cognitivos se le denominó “sociotropía” y al segundo “autonomía”, pasando después a considerarse como rasgos de personalidad predisponentes a la depresión, que interactuaban con eventos vitales que los

pacientes percibían como estresantes de acuerdo con sus creencias y que poseían perfiles sintomatológicos diferentes.

Existen acontecimientos que funcionan como desencadenantes en la sociotropía, los mismos están más ligados al rechazo, y en la autonomía a los logros personales. Así, es posible afirmar que la sociotropía ha tenido más aceptación y evidencia empírica favorable que la autonomía, encontrándose en este constructo hallazgos contradictorios sobre su validez (Hoyos, Arredondo & Echavarría, 2007).

Personalidad autodestructiva

Desde el psicoanálisis clásico se ha venido estudiando un tipo llamativo de carácter, en el que aparentemente se busca el dolor y se niega la experimentación de sensaciones agradables o placenteras. Desde su denominación que lo ha identificado como “masoquista”, esta personalidad ha pasado a convertirse en “autodestructiva”, con tal de eliminar la supuesta necesidad de castigo o el placer en el dolor que se habían sugerido como hipótesis etiológicas desde la tradición psicodinámica. Actualmente este concepto se considera como un trastorno de la personalidad, caracterizado por: mantenimiento de relaciones interpersonales de subordinación; rechazo de ayuda o elogios; estado de ánimo disfórico y/o ansioso; menosprecio de los logros; tendencia a emparejarse con personas explotadoras; escasa evitación del dolor; asunción del papel de víctima; etc. (López, Escalante, Keb, Canto & Chan, 2011). Además, poseen escasas habilidades sociales como la asertividad, tienden a padecer trastornos depresivos, su autoestima es muy baja, y apenas experimentan placer en sus vidas. De acuerdo con el presente trabajo, se ha relacionado la personalidad autodestructiva con la sociotropía y con apegos ansiosos.

El componente más afín de este concepto con la dependencia emocional es, sin duda, el interpersonal. El anhelo por preservar a cualquier precio la relación emocional, define la descripción de las relaciones de sumisión que llevan a cabo o el emparejamiento con personas narcisistas y explotadoras, son también la esencia de la dependencia emocional, que, ciertamente, es autodestructiva. Otros rasgos son también comunes, como el estado de ánimo disfórico o la pobre autoestima. No

obstante, existen otros componentes como la escasa evitación del dolor, el rechazo de ayuda, o los comportamientos autopunitivos y de autosabotaje, que no son propios del concepto objeto de la presente investigación.

La diferencia principal, es de perspectiva. Se han postulado numerosas hipótesis para explicar este comportamiento, desde las psicoanalíticas tradicionales sobre la génesis del masoquismo, hasta otras más modernas de diversa procedencia teórica. Desde el conductismo se ha afirmado que el comportamiento autodestructivo pudo haber sido reforzado con cuidados y atención en la historia de estos sujetos, pero se ha encontrado que es más bien todo lo contrario: cuando estas personas estaban enfermas recibían una mayor desatención, inconsistencia y falta de cariño (Lemos & Londoño, 2006).

Diferentes posturas parten del supuesto de que estos sujetos son masoquistas (es decir, gozan del dolor) o por lo menos “autodestructivos”, término que continúa recordándonos su procedencia psicoanalítica y que sigue teniendo connotaciones peyorativas, como la de delegar la responsabilidad a la víctima. Para Castello (2000) Los dependientes emocionales no tienen como fin autodestruirse, y ni mucho menos gozan del dolor, sino que tienen una autoestima deficiente, un sentimiento continuo de soledad y una insaciable necesidad de afecto que les conducen a emparejarse con personas explotadoras, que les maltratan y no les corresponden. Ésta es la diferencia fundamental con la personalidad autodestructiva.

Adicción al amor

Conceptualmente, es viable equiparar la adicción amorosa con la dependencia emocional. Se trata de una de las nuevas “adicciones sin sustancias”, aunque es posiblemente tan antigua como el propio ser humano. Algunos trabajos han estudiado este fenómeno comparándolo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados con sustancias encontrando numerosas coincidencias que han justificado su denominación de “adicción”: necesidad irresistible de tener pareja y de estar con ella; priorización de la persona objeto de la adicción con respecto a cualquier otra actividad; preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente

(“dependencia”); sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura (“abstinencia”), con episodios depresivos o ansiosos, pérdida aún mayor de autoestima, hostilidad, sensación de fracaso, etc.; y utilización de la adicción para compensar necesidades psicológicas. (Jiménez. *La adicción al amor. Información Psicológica*, Agosto 1999, p. 31)

Como sea dicho, la equivalencia de contenido con la dependencia emocional es total. No se puede afirmar lo mismo en el caso de la perspectiva de ambos conceptos, y es que en la adicción amorosa el punto de vista se focaliza en las relaciones interpersonales, es decir, en la existencia de una dependencia real hacia un objeto de adicción: la pareja. El dependiente emocional no necesariamente tiene que estar involucrado en una relación para serlo. Se puede clarificar esta matización manifestando que el dependiente emocional puede estar “asintomático” entendiendo la adicción como el síntoma pero por supuesto continuar siéndolo, y que sólo se convertirá en un adicto al amor cuando esté involucrado en una de sus numerosas relaciones destructivas. Esta diferencia de perspectiva es fundamental, porque si se presenta en la consulta una persona con tendencia a ser “adicta al amor” pero que actualmente se encuentra sola, quizá se piense que baste con una prevención de recaídas dentro de un planteamiento cognitivo-conductual (por otra parte, totalmente indicado para cualquier otra adicción con o sin sustancias); mientras que si se identifica al paciente como a un dependiente emocional, deberá enfocarse la intervención en la comprensión y reestructuración de su personalidad, utilizando técnicas interpersonales, psicodinámicas, o de reestructuración cognitiva sobre sus creencias nucleares.

Por otra parte la Codependencia se define como un “trastorno individual específico, configurador de la identidad del individuo, caracterizado por un intenso temor al abandono (exclusión o descalificación) y un girar en torno a otro. Su génesis se asocia a una dinámica interaccional, que surge frente a una respuesta familiar disfuncional ante un determinado tipo de enfermedad o trastorno de otro de sus miembros” (Coddou & Chadwick, 1996).

Se hace una comparación entre la dependencia y codependencia entre las principales características que se encuentran es que el codependiente necesariamente requiere de relacionarse afectivamente con persona con problemas, adicciones, enfermedad o trastornos como se mencionó con anterioridad, a fin de su necesidad de proteger, cuidar, ayudar y preocuparse excesivamente por el bienestar de otra persona, en comparativa con la dependencia que se caracteriza por la ansiedad de perder a su pareja, y la necesidad extrema de mantener la relación.

A continuación se presentaran las definiciones de codependencia a fin de ampliar la comparación con la interdependencia y la dependencia emocional.

1.1 Definiciones de codependencia.

Así mismo se debe describir que la codependencia, es un concepto, un tanto confuso, que se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características identificativas de estas personas: se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias generalmente alcoholismo y toxicomanías que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento; presentan una gran comorbilidad con trastornos del eje I; se descuidan o autoanulan; tienen baja autoconfianza y autoestima; y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas (Latorre, Sacoto & Dousbebé, 2017).

Las relaciones de pareja y en general los vínculos afectivos se construyen desde una relativa superficialidad que va pasando por un proceso de aperturas y de confianza relativas (Latorre, Sacoto & Dousbebé, 2017). Aparentemente, los paralelismos con la dependencia emocional son incuestionables: baja autoestima, subordinación, desarrollo de relaciones interpersonales destructivas, temor al abandono, o falta de límites del ego. No obstante, Surgen algunas discrepancias. La primera es de perspectiva, y es que la codependencia está condicionada por otra persona, generalmente un alcohólico o un toxicómano, aunque también se haya extrapolado

este concepto a otras situaciones como la convivencia con enfermos crónicos. Los dependientes emocionales no están vinculados necesariamente con personas que sufran enfermedades o condiciones estresantes crónicas como las mencionadas, e incluso pueden estar solos. El concepto de codependencia se sitúa en la perspectiva de los trastornos relacionados con sustancias.

La segunda diferencia es de contenido. Aunque, es posible configurar un patrón homogéneo de la personalidad de los codependientes, sí es frecuente en ellos la autoanulación para entregarse y cuidar a la persona con problemas. Ciertamente, un dependiente emocional puede realizar los mismos actos, pero con una diferencia notable de fondo: lo hará únicamente para asegurarse la preservación de la relación, y no por esa continua entrega y preocupación por el otro que caracteriza a los codependientes. Es viable calificar a los codependientes como abnegados, siendo sus motivos altruistas aun con una desatención patológica hacia sus propias necesidades; estando el dependiente emocional en el caso opuesto, centrado únicamente en sus gigantescas demandas emocionales. Cuidar y entregarse sería un fin para el codependiente, y sólo un medio para el dependiente emocional. En todo caso, al no tratarse de una diferencia lo suficientemente manifiesta, muchos dependientes emocionales emparejados con personas alcohólicas o toxicómanas habrán sido calificados como “codependientes”, motivo por el cual se incluye este concepto en la revisión de términos afines.

Latorre (Et. al., 2017), describen que las últimas categorías de las relaciones de pareja se asocian a lo que denominan coloquialmente como amor, intimidad y matrimonio. Las relaciones cercanas están marcadas necesariamente por el amor que es una combinación de emociones, cogniciones y conductas propias de las relaciones íntimas. Es quizá este punto de los más importantes para este trabajo; ya que son las conductas propias de las relaciones, sobre todo las nocivas que son descritas en las variables de esta investigación.

Las relaciones cercanas no pueden evadirse de algo que se denomina interdependencia, consistente en una relación interpersonal en la cual las personas

influyen cada una en la vida de la otra, de manera más definida o profunda en medida en la que la relación crece. Establecen de manera conjunta la realización de muchas actividades y construyen una dimensión social perteneciente a una interpretación compartida.

La interdependencia no es nociva, de hecho, es tan natural que sería absurdo aconsejar disuadirla, la misma está íntimamente relacionada con la duración y la estabilidad de la pareja (Arvelo-Jiménez, 2014). La misma genera lazos de convergencia poderosos que permiten la comprensión mutua, pero deben diferenciarse de un elemento de convivencia similar que ya revisando en líneas anteriores, pero que en este apartado será definido con mayor precisión y esta es la codependencia.

La diferencia entre la interdependencia y la codependencia radica en que las parejas interdependientes se mantienen unidas por el amor, y las codependientes por el miedo; en las parejas codependientes ambos miembros de la pareja (hay que tener presente en todo momento que las parejas no necesariamente pueden conformarse con una relación heterosexual) son incapaces de funcionar por separado, de llevar a cabo actividades y perseguir objetivos de manera independiente, bajo su individual sistema de creencias y en los peores casos incluso no son capaces de mantener una independencia en su propia identidad.

De acuerdo con Noriega (2013, citado en Latorre, 2017), la relación codependiente de pareja como un problema que se caracteriza por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde uno de los miembros de la pareja se enfoca en atender las necesidades de su pareja y de otras personas sin tomar en cuenta las personales; normalmente se caracteriza también por presentar mecanismos de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora hacia los demás.

La dependencia emocional tiende a ser entendida de manera coloquial como “amor obsesivo” cuando un tipo de amor se convierte en adicción y se comienzan a generar conductas dependientes (Carhuapoma, Pérez & Yusseli, 2016) mutuas entre las

personas que conforman una relación de pareja, conductas que van desde acciones no trascendentales hasta la pérdida de la identidad propia como ya se ha señalado por anteriores autores.

La condición de codependencia tiene resultados muy nocivos en el orden de sus consecuencias, consecuencias dolorosas no sólo para el codependiente, sino para su familia y en algunos casos quienes sostienen un vínculo con esta persona, generándose afectaciones obviamente psicoafectivas, pero también físicas.

Los codependientes parten de un supuesto o creencia en donde el amor implica poseer, u ofrecerlo todo; justificando a sus parejas de manera idealizada, elementos que conforman sus características y que serán abordadas en breve.

Al presentarse la definición conceptual de la codependencia, se alude y se hace mención de los posibles términos que la pudieron definir como tal, sin embargo, en el siguiente párrafo se mencionarán los antecedentes que preceden a la codependencia.

1.2 Antecedentes de la codependencia

La codependencia es un concepto relativamente nuevo en los estudios de la psicología moderna y de las ciencias referentes al comportamiento humano; sus inicios pueden registrarse en los estudios de la década de los sesentas cuando se pretendía describir a la persona (familiar o amigo) que entablaba un vínculo afectivo, estableciendo una relación estrecha con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción; por tanto la dimensión semántica de este concepto no es el mismo al que se hace referencia en estos días.

El alcance de la palabra “codependiente” fue evolucionando Cocreos (1987), generalizándose posteriormente cuando se hacen referencias a familiares de personas en otras condiciones de dependencia como lo son quienes atraviesan una enfermedad crónica.

Whitfiel (citado por Noriega en el 2013), hace mención que en la década de los años 80's, Salvador Minuchin, Virginia Satir y otros terapeutas familiares, empezaron a

emplear el término de codependencia para describir a todas las personas que convivían con los adictos. Al mismo tiempo, se iniciaron investigaciones para el estudio de la codependencia desde la Teoría de Sistemas de Terapia Familiar, las cuales modificaron el enfoque del modelo de enfermedad y exploraron sistemas dinámicos de interacción en el desarrollo de la familia alcohólica.

Dentro de la misma década el término “codependiente”, comienza a ser utilizado para la descripción de cualquier persona que tiene cercanía con un sujeto dependiente de sustancias, siendo este el punto de partida para la aparición del término de codependencia (Guevara, 2002), debido especialmente a que se tuvo en cuenta la importancia de la familia en los procesos de recuperación de un adicto.

En la Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, Nº 2, p.8 y 9 se hace mención de que “Maslow, Ackerman, Bateson, Haley, Watzlawick, Rogers, Perls, entre otros, son los representantes de la corriente Humanista en Psicología y son quienes sientan las bases de la terapia familiar sistémica. “

Es importante mencionar que la Terapia Familiar Sistémica es la que le da fortaleza a la conformación inicial del concepto de “codependencia”; compartiendo el nacimiento de este concepto de los esfuerzos desarrollados por grandes humanistas y algunos cognitivo conductuales como se mencionó en el párrafo anterior.

En 1983 se fundó la National Association for Children of Alcoholics NACoA por sus siglas en inglés, donde se brindaban conferencias y talleres sobre hijos de alcohólicos y otras familias disfuncionales, de ahí el término codependencia se difundió como un término clínico que pasó a ser usado con más frecuencia (Martins ,2012).

En este apartado solo se realizó la exposición de los antecedentes de la codependencia en referencia de lo más relevante dentro de lo que es el estudio de esta investigación en cuanto al modelo de Terapia Familiar Sistémica, dentro de la cual se desenvuelve la TBE (Terapia breve estratégica), por lo cual no se exploró al grado de génesis el término fuera de este campo de tratamiento terapéutico.

1.3. Tipos de codependientes

En este apartado se abordarán los diferentes tipos de codependientes que han identificado los especialistas en el área.

Existen tipologías documentadas para la conducta dependiente, establecidas no sólo por los niveles de dependencia mostrada, sino por los factores correspondientes al origen de la dependencia en los Familiares, de pareja o bien sociales de acuerdo con varios de los orígenes del trastorno.

No obstante, existen algunas tipologías un tanto más centradas en las condiciones de la codependencia; de entre las diferentes fuentes revisadas, se ha decantado por la sugerida por Vacca (1999), quien describió 4 tipos de codependientes

El codependiente directo. Representa uno de los comportamientos mejor descritos y de recurrente suceso social, genera mayores complicaciones en el proceso que requiere para el desarrollo de la terapia que por las características de su comportamiento base; dado que su comportamiento va desde proporcionarle la fuente de su adicción, el dinero hasta el lugar donde puede consumir su adicción.

El codependiente indirecto. Mantiene un patrón comportamental de franca oposición a la adicción, aunque a la vez protege al adicto, evadiéndolo de la responsabilidad sobre las consecuencias de las acciones.

El codependiente tolerante; quien desempeña el rol de la víctima, su rol no consiste en la modificación del comportamiento del dependiente, es un espectador de la destrucción propia de la que es objeto el adicto, mientras intenta evocar lo que queda bueno y noble en él.

El codependiente perseguidor. Quien es el familiar o amigo más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto, desplegando para ello un sistema de indagación que lo lleve a descubrirlo, operando así, como un control externo.

En continuidad podemos integrar algunas de las características que Dorothy May (2000), hace referencia a los dos tipos de codependencia:

La codependencia sumisa: “Mis mejores sentimientos respecto a mí mismo proceden del hecho de recibir tu aprobación”, “Toma mi atención mental está centrada en darte gusto”, “Toda mi atención mental está centrada en protegerte”, “Toda mi atención mental está centrada en manipularte”.

La codependencia controladora: “Todas mi atención mental está centrada en darte gusto y evadirme (con sustancias químicas, el trabajo, la televisión, etc.)”, “Toda mi atención mental está centrada en controlarte. Si no te controlo, entonces creo que te perderé”, “Mi autoestima se ve reforzada por el hecho de solucionar tus problemas. Si no me pides opinión, entonces me siento excluido”, “Mi miedo al rechazo determina lo que digo o lo que hago. Pero lo oculto bajo la rabia, la fanfarronería, la soberbia o la actitud dominante”

Aun siendo esto desde el punto de vista sistémico sienta las bases de la tipología de la codependencia emocional; ya que la misma se basa en los mismos patrones comportamentales derivados también de acciones autodestructivas desde el punto de vista emocional como ya se han abordado en su momento en el apartado de definiciones.

Cuando la tipología es destinada a la ubicación de las condiciones origen de la codependencia emocional, hay coincidencias en establecer como la más común, la de pareja. La dependencia emocional de la pareja, es la forma que se presenta con mayor asiduidad en la sociedad y también es la más reconocida. Los síntomas son bastante similares a los que puede padecer una persona adicta, llegando a producirse en muchos casos el síndrome de abstinencia.

Las personas que dependen emocionalmente de su pareja, tienen un concepto totalmente equivocado de lo que una relación de pareja debe significar ya que se olvidan de su propia identidad, sienten celos con frecuencia, tienen un deseo extremo de estar todo el tiempo con esa persona, no pueden ni quieren hacer otras actividades que no impliquen a su pareja y la convierten en el centro obsesivo de su bienestar, además de tratar de controlar de manera obsesiva cada acto o pensamiento del otro.

Por otro lado, se hablará de dependencia emocional a la familia cuando una persona demuestre un apego excesivo y obsesivo hacia determinados miembros de su núcleo familiar.

Por ejemplo: la necesidad de hablar cada día con esa persona, de saber de ella y controlar su día a día, de necesitar su criterio para sentirse seguros emocionalmente, de no poder tomar decisiones sin la aprobación de esa persona, de renunciar a otros proyectos por el hecho de tener que separarse y la falta de tiempo para uno mismo, son aspectos que caracterizan a una persona que tiene dependencia emocional hacia uno o varios miembros de su núcleo familiar.

Para Schaeffer (1998) La dependencia emocional en el entorno social se manifiesta en personas que tienen la necesidad de ser reconocidos por el resto para poder sentirse a su altura, de ser aceptados en su entorno laboral, de someterse a la aprobación de su círculo de amistades más cercano y de dedicar el tiempo a preocuparse en exceso por las necesidades o problemas de otros, olvidándose de sí mismo.

También es importante en este sentido, hacer mención a las relaciones de codependencia emocional. Este tipo de dependencia emocional implica el nexo entre dos o más personas, implica una dependencia que se produce de manera simultánea entre ellas y existen diferentes ámbitos en los que se puede desarrollar, como los comentados anteriormente pareja, familia o sociedad y otros como el laboral o el educativo.

1.4. Síntomas de la codependencia

Entender la sintomatología de la codependencia es esencial, es por ello que en este apartado se abordará de manera puntual.

Las personas que atraviesan por un trastorno codependiente también responden a factores comunes independientemente de la sociedad a la que se pertenezca (aunque la misma sociedad también favorece la existencia de modelos redundantes de conducta).

Se les puede atribuir una definida dificultad para demostrar niveles apropiados de autoestima; la persona con codependencia tiende a vivir los dos extremos de la valoración de sí mismo, o bien sobrevalora o subestima sus capacidades, esto se expresa en la disposición a ejercer control constantemente hacia el otro o la otra como condición para sentirse amada o amado; esto lo hace mediante gritos, amenazas, en los casos en que se sobreestima y mediante chantajes, chismes, intriga, victimización, en los casos en que se subestima (Carhuapoma, Pérez & Yusseli, 2016).

Presenta dificultad para establecer límites funcionales con las demás personas; es decir para protegerse a sí mismo. Las personas con codependencia carecen de límites y permite la invasión de las demás personas a su privacidad, ya sea que se muestre fuerte y no permita que nadie se le acerque, en ambos casos la persona codependiente sufre como consecuencia un gran resentimiento.

Demuestra dificultad para asumir adecuadamente la propia realidad; para identificar quién es, y cómo compartir adecuadamente con los demás. Esta condición se hace manifiesta en la falta de autoconfianza y hacia los demás, además como una falta de capacidad para distinguir los sentimientos propios, causándole llanto cuando está enojado, ira cuando se experimenta tristeza; experimentando el encierro en sí mismo derivado de la inseguridad.

Muestra dificultad para afrontar de un modo independiente las propias necesidades y deseos como adulto. Encontrándose en una situación en la que los demás siempre son más importantes que ella, o por el contrario se muestra egoísta y reserva lo mejor para sí, tendiendo a confundir sus necesidades con sus deseos, cayendo en el descuido de su apariencia física y su salud sistémica.

Finalmente, la literatura refiere una dificultad para experimentar la propia realidad con moderación; es decir para ser apropiado con la edad y las circunstancias diversas, manifestando dos posibles tendencias extremas, o bien el sacrificio por el bienestar de los demás o el de aprovecharse de las circunstancias y servirse de los demás cuando sea posible. Para Beattie (2005) en la codependencia, una persona codependiente

puede sentir que hostiga a la persona que ama y por otro lado puede sentir frialdad e indiferencia, siendo incapaz del compromiso.

1.5. Características

Hay una distancia importante entre la tipología, la sintomatología y las características de la codependencia emocional, en este apartado se ahondará en ellas, aunque en líneas anteriores ya se ha tenido la oportunidad de hacer algunas aproximaciones.

En el estudio llevado a cabo por Delgado y Pérez en 2002 (citado en Hodgson & Osejo, 2013) se recogen los comportamientos característicos que se aluden con asiduidad en la literatura: Locus de control externo: las conductas de los codependientes son determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias.

Inadecuado manejo de sentimientos: El codependiente siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del adicto. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al adicto. Baja autoestima: la persona codependiente teme al rechazo y al abandono y su autoconcepto depende de lo que el adicto y los demás piensen de él. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal. Comportamientos compulsivos: el codependiente siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. Así, elimina o mitiga la angustia o la culpa que se produciría si la acción de controlar no se efectuara continuamente. Dificultad para fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales: el codependiente siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. Siente que traiciona al otro si le impone límites de conducta.

Estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión: la persona codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés. En el establecimiento de la relación dependiente-codependiente deben tomarse en consideración las pautas de crianza

bajo las que creció la persona codependiente, debido a la naturaleza de las relaciones que allí se presentan, que son aplicables tanto a la relación padres-hijos como a otras díadas diferentes.

Las características expuestas en este apartado son complementadas en el apartado de las variables de esta investigación, en donde son expuestas con su definición conceptual.

1.6. Patrones de comportamiento

El presente apartado refiere a los patrones de comportamiento de manera generalizada, pero claro centrado el análisis a los que refieren ser prevalentes en los procesos de codependencia emocional.

Las personas que atraviesan por rasgos de codependencia presentan patrones comportamentales muy bien definidos y hasta cierto punto, fácilmente identificables, entre los que se encuentran.

Patrones de baja autoestima. En este se presentan acciones como la dificultad para la toma de decisiones, el juicio a priori y fuerte sobre los pensamientos, dichos y acciones emitidas calificándoles de no ser lo suficientemente buenos. Vergüenza cuando se reciben elogios, reconocimientos o regalos, falta de asertividad en la expresión de las necesidades y los deseos, sobrevalorando la aprobación de los demás sobre el comportamiento propio.

Autopercepción devaluada incluidos ideas y sentimientos que le son propios, no se logra admitir cuando se comenten errores, llegando a la mentira para poder establecer un principio de certeza de ausencia de error, o bien una autopercepción sobrevaluada en compensación de la falta (Eguiluz, Robles & Rosales, 2003).

Patrón de conformidad. En este se presentan comportamientos como cuando se actúa en contra de los valores e integridad para evitar el enojo o el rechazo de otras personas.

Se presenta extremadamente sensible a los sentimientos de los demás, y los incorpora como propios siendo sumamente leal y permaneciendo a situaciones dañinas por tiempo en demasía.

Denota mayor valor a las opiniones y los sentimientos de los demás que a los propios temiendo expresar las opiniones y sentimientos cuando difieren de los demás.

Suelen dejar a un lado los propios intereses y pasatiempos para hacer lo que otros desean hacer.

Aceptan una relación sexual como un sustituto del amor; tomando decisiones sin tener en cuenta las consecuencias, renunciando a la manera propia de ver las cosas para obtener la aprobación de los demás o para evitar un cambio.

Patrones de control. En estos patrones se cree que la mayoría de la gente no es capaz de cuidarse a sí misma; se trata de convencer a los demás de lo que deben pensar o sentir.

Manifiestan resentimiento cuando los demás no dejan ayudarlos o rechazan consejos. Ofreciendo consejos y orientación a los demás, sin que sea solicitado

Se desvive por hacer regalos y favores a quienes quiere influenciar. Utilizando el comportamiento o favor sexual para ganar aprobación y aceptación sintiendo que se les necesita a fin de tener una relación con los demás.

Es común que se exija que las necesidades propias sean cubiertas por los demás, haciendo uso el encanto y carisma para convencer a los demás de su capacidad de ser amable y compasivo. Hacen uso la culpa y la vergüenza de los demás para controlarlos.

Son reacios a cooperar, comprometerse o negociar, adoptando una actitud de indiferencia, impotencia, autoridad o rabia para manipular los resultados. Haciendo uso términos de recuperación en un intento por controlar el comportamiento de los demás. Son capaces de fingir y llegar a acuerdos con los demás para conseguir lo que se quiere.

Patrones de evasión: Se manifiestan por el comportamiento de manera que se incita a los demás al rechazo, avergonzarse o expresar la ira propia hacia sí mismo.

Se emiten juicios duramente hacia lo que otros piensan, dicen o hacen; se evade la intimidad emocional, física o sexual como un medio para mantener distancia; permitiendo que adicciones propias hacia las personas, lugares y cosas lo distraigan de lograr intimidad en las relaciones.

Se utiliza una comunicación indirecta y evasiva para evitar el conflicto o la confrontación; disminuyendo la propia capacidad de tener relaciones sanas al negarse a utilizar todas las herramientas de recuperación. Se reprimen los sentimientos o necesidades para evitar sentirse vulnerable. Se atrae gente hacia sí, pero cuando se acercan, los aleja. Se hace manifiesta una negativa a renunciar a hacer la voluntad propia para evitar entregársela.

Los patrones de comportamiento expuestos en este apartado son presentados de la investigación literaria que se realizó, sin embargo, dentro del proceso de intervención se podrán ver descritos algunos a los patrones, los cuales se hicieron presentes en este trabajo de análisis de caso de codependencia.

1.7. Afectaciones de la Codependencia

En el presente apartado, se abordarán las afectaciones que se identifican como fuente en la codependencia emocional, las afectaciones se observarán a partir de los referentes de la literatura que documentan su influencia sobre la conformación del individuo, el núcleo familiar en su conjunto y de pareja.

1.7.1 Triángulo de la codependencia

Al inicio de la esquematización del presente documento se había considerado establecer las afectaciones referentes a los involucrados; no obstante, al indagar en la literatura el sentido del apartado fue cambiando hacia aquellas que han sido debidamente documentadas por los autores del análisis de este particular fenómeno.

Entre las que se encontraron como más extensamente referidas, se encuentra el denominado Triángulo dramático de Karpman (1968, citado en Morales, 2013). Este triángulo de la codependencia plantea tres lados, los correspondientes al perseguidor, controlador, el rescatador y la víctima.

Bajo esta perspectiva las tres figuras tienen funciones específicas, cada una de ellas con unas condiciones definidas, en donde el rescatador funge como el rol que tiene a su cargo hacer cosas por los demás, aunque estas cosas las puedan hacer por sí mismos y que de hecho deberían hacerlas por sí mismos; en este juego, los codependientes asumieron que era su deber cuidar de los demás, que de esta manera accedían a un autoconcepto que le evaluaba como personas, esta creencia está fundada en la necesidad de heroísmo de los seres humanos, creada desde la infancia en que luchamos cada día por destacar y distinguirnos de nuestros pares para ser aceptados y reconocidos, una necesidad de heroísmo que nos compele a trascender por encima de los demás y que se constituye en una necesidad de introyección.

No obstante, en términos de la codependencia, se conforma un sentido adverso al bienestar y equilibrio de quien se encuentra en un proceso de relación de este tipo al asociarse con el sentido de necesidad heroica y tener la necesidad de satisfacerle, el codependiente identifica en quien rescata la fuente de todos sus esfuerzos, de una forma no sana pueden malgastar su vida en la persecución de sentirse reconocidos como salvadores de quien dependen. Los codependientes rescatan cada vez que se hacen cargo de las responsabilidades de otro ser humano, de los pensamientos, los sentimientos, las decisiones, la conducta, el crecimiento, el bienestar, los problemas y destinos de otra persona. Paradójicamente, una persona equilibrada y emocionalmente estable no tomará la opción de ser rescatada, independientemente de quién se tratara, dado que ella es capaz plenamente de identificar y resolver sus dilemas y responsabilidades.

Por otro lado, otro de los elementos del triángulo, corresponde al perseguidor o controlador, es un proceso que inicia con la figura anterior. Cuando al rescatador no se le permite hacerlo, o bien cuando sus acciones no le refieren lo que de la persona

desea, ya sea esto amor, atención, cuidados; se convierte en perseguidor o controlador.

En el intento de controlar y dirigir el camino de las personas, provoca que el codependiente quede a merced de sus necesidades autogeneradas, haciendo que el controlador se convierta en controlado, agravado aún más porque el controlado no puede escapar de su controlador ya que habita en él mismo, y si en ello se involucra una afectación emocional como el alcoholismo, ludopatía, desorden de alimentación, como una adicción adicional, los resultados son aún más complejos de resolver, tanto por el especialista como por el mismo codependiente.

Finalmente, para este análisis, está la tercera figura, que desde esta perspectiva también es consecutiva y se refiere a la víctima; esta figura surge en el momento en que las dos anteriores fracasan, el codependiente asume una postura de víctima de las decisiones del otro, del objeto de su dependencia emocional, usando finalmente la lástima y la culpa para obtener los satisfactores perseguidos.

Los codependientes no sólo tienen afectaciones desde estas dimensiones, sino que hacen manifiestos muchos estados emocionales adversos.

1.7.2 Explosiones de ira y conductas pasivo-agresivas.

Los codependientes experimentan una gran ira que mantienen reprimida, para el codependiente, la ira proviene de la certeza de que se encuentra involucrado con alguien que le genera una adicción, eso deriva en problemas serios que lo mantienen fuera de balance emocional de manera permanente, a pesar de que estas emociones se intenten disimular, el esfuerzo le conlleva aún un lugar más “fuera de sí”, permeado de desazón y zozobra.

Los codependientes fundamentan su ira en la convicción de que en los procesos han brindado mucho más de lo que han recibido, estableciendo una ira acumulada derivada del dolor y el miedo que le atribuyen a la otra persona pero que proviene de su propio sistema de creencias y sus expectativas no correspondidas.

En ocasiones como lo menciona Medolly esta ira acumulada puede ser “explosiva”, manifestarse sin control del codependiente en insultos, golpes y diversas agresiones físicas y verbales; o bien, en los casos más controlados, expresarse mediante conductas pasivo-agresivas como llegar tarde, olvidar cosas que había comprometido a hacer o entregar, hacer caso omiso a recados importantes, establecer omisiones sensibles que pueden afectar al objeto de su codependencia.

1.7.3 Conductas adictivas, adicción al trabajo, al juego, a las compras, a la comida, al sexo y otras fuentes de adicción.

La codependencia se constituye como una alteración estructural, tanto en sus fundamentos como en sus consecuentes, la misma es la fuente de otras adicciones (como se ha abordado en apartados anteriores) que pueden o no estar relacionadas con la misma adicción que se genera hacia otra persona; Colmenares refiere que el ambiente estresante es una de las manifestaciones en la que el codependiente se desarrolla, con el enfrentamiento de reglas opresivas, acoso laboral, sobre carga de responsabilidades, pocas fuentes de esparcimiento, hacinamiento, ya sea en entornos escolares, laborales o familiares; son el campo ideal para el desarrollo y pérdida de control en una codependencia emocional.

Una de las manifestaciones que podrán notarse, es que la misma condición de codependencia detonará algunas otras adicciones que se encontraban latentes, entre las más comunes se encuentran por supuesto el alcoholismo y el tabaquismo, por ser las que en nuestra sociedad son socialmente aceptadas, pero no sólo estas en exclusiva; la adicción a las drogas no legales es una latente y aún más preocupante es aquellas adicciones de proceso, entendidas como las conductas hacia actividades gratificantes pero que no se encuentran en equilibrio dado que se realizan de manera compulsiva.

Estudios realizados por Brugal, Rodríguez & Villalbí (2006), mencionan que las adicciones conductuales siguen aún en proceso de estudio, calificándolas más de un problema del control de impulsos que de una verdadera adicción, entre estas

adicciones se encuentran como las más comunes, sexo, comida, compras, el deporte, el trabajo, adicción a la tecnología. Todas estas como sustitutos de las necesidades compulsivas autogeneradas por la aceptación y respuesta de otra persona.

Para los doctores Hemfelt, Minirth y Meier, en su libro "Love is a Choice" del 2003. El codependiente, genera una necesidad de reciprocidad evidente de lo que para él es manifiesto, al no recibir la satisfacción de sus expectativas, el entorno se les convierte en uno hostil, emocionalmente intolerable, y buscan la compensación que les permita generar un medio más soportable a partir de satisfactores fugaces, las personas codependientes tienen la necesidad de anesthesiarse ante el dolor insoportable que les produce la falta de respuesta a sus expectativas emocionales, que es imperante decir no es generada por la decisión de falta de respuesta de la persona objeto de la codependencia, sino de su propio sistema de creencias y expectativas

Al generarse una dependencia sustituta las personas codependientes buscan la necesidad de euforia, de placer, de heroísmo, de reconocimiento, de distinción, de pertenencia, incluso de la conformación de una identidad que no necesariamente es aquella que evocan.

El codependiente es aquella persona que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona y que está obsesionada tratando de controlar esta conducta, (Beattie 1998). Los codependientes viven desgastados a causa del control sutil o manifiesto que ejercen sobre la vida de otros, las relaciones están basadas en el poder proveniente de fuentes efímeras y que pueden desaparecer en cualquier momento, esto genera un estado de angustia constante que en ocasiones manifiestan a través de la violencia intrínseca que se encuentra en el chantaje o la manipulación.

Los codependientes realizan un esfuerzo máximo para lograr el control de sus pensamientos y las emociones de otras personas, debido a que no les enseñaron a desarrollar y a usar su poder interior, que es el poder de elegir cómo me puedo sentir ante lo que me pasa, lo que sucede en mi entorno; al final, cuando el mismo no le sucede en éxito, requieren dirigir sus esfuerzos al uso de otras adicciones que les permitan mitigar el dolor de intentar y no poder controlar lo incontrolable; al final, si la

adicción se coloca en otro objeto que no es una persona, un consumible o un proceso, el codependiente puede abusar del mismo sin necesidad de tener que negociar con este en qué medida le consume, aunque estos abusos acaben resultando en detrimento del equilibrio emocional y psíquico de quien lo padece.

Al final, estas adicciones alternas, no dejarán de ser un paliativo, la fuente de la persona para el codependiente será un lugar al que volver, siempre que este no reciba un tratamiento adecuado y también siempre que la otra persona (objeto de la codependencia) le permita seguir desarrollando estos comportamientos al no establecer distancia o límites.

1.7.4. Afectación a los hijos de codependientes.

En México no es muy explorada la codependencia, por ende fue necesario para este apartado buscar si existía alguna investigación que hablara de las afectaciones que los hijos de padres codependientes desarrollan.

La psicóloga social, Emilia Faur, organizadora del Primer Encuentro Interdisciplinario sobre Codependencia realizado en la Argentina, menciona que la génesis del problema de estas personas adictas a personas hay que buscarla en la historia familiar.

Resaltando que “la mayoría de los codependientes son hijos de padres tóxico, la psicóloga trabajó como especialista en diseño, implementación y monitoreo de programas sociales en el área de salud de Ministerio de Acción Social de la Nación. Ella menciona que este tipo de padres tiende a ver la rebelión o simplemente las preferencias personales de sus hijos como un ataque personal. Aunque con las mejores intenciones, dañan a sus hijos de tal modo que producen efectos traumáticos profundos en su vida de relación”. (De padres tóxicos e hijos codependientes. (25 julio de 2000) .La Nación. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/26085-de-padres-toxicos-e-hijos-codependientes>)

En este tipo de familias los hijos se acostumbran a callar, a no oponerse, a no hablar de los problemas, a no confiar en nadie, ni siquiera en ellos mismos. La propia

identidad se va desdibujando y devaluando sobre la base de esta vivencia: sólo se llega a ser alguien si los demás necesitan de uno y si se hace algo bueno por el otro.

La licenciada Faur afirma que existen distintos tipos de padres tóxicos. Pero es habitual que uno, o ambos, sean adictos a alguna sustancia o conducta compulsiva (por ejemplo el juego, codependientes, dependientes, trabajo) y se vivan situaciones de violencia física o verbal en el seno de la familia.

"No hace falta la adicción a una sustancia para que exista un padre tóxico" aclara la licenciada Faur en el 2000. Puede tener también algún trastorno compulsivo en la conducta. Por ejemplo, estar muy pendiente del trabajo y no poder distinguir entre el tiempo dedicado a la casa y el destinado a sus obligaciones. Así, no serán capaces de estar presentes para ninguna demanda emocional que les planteen sus hijos.

La consecuencia más visible de los hijos de padres tóxicos es que fueron preparados para ser niños y niñas de los demás. Para Faur en el 2000 "No podrían establecer una relación con alguien que esté bien". Porque necesitan ser necesitados para sentirse valorados, necesitan sentir que sirven para algo. Suelen elegir parejas que de algún modo ocupan el lugar que tenía alguno o ambos padres: personas compulsivas, adictas al alcohol, al juego, las drogas, violentos, inmaduros, maltratadores. Esto no se vive en forma consciente, pero el planteo es: lo que no logré con mi mamá o mi papá lo voy a conseguir con este hombre o esta mujer. Ser hijo de padres tóxicos explica perfectamente bien conductas codependientes en la vida adulta: sólo sirvo si otro me necesita.

Muchas veces se ha desarrollado la codependencia por crecer en un ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aun sin que esto sea una decisión consciente (Murillo & Núñez, 2010, p.26).

Se consideró relevante mencionar este estudio debido a los fines propuestos por esta investigación, aunque, la socio-cultural de Argentina no es igual que la de México, pero

se puede resaltar que para Noriega (2011). Se encontraron los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de la codependencia que son similares a los de Faur. Una historia de alcoholismo o adicciones, violencia doméstica, (física verbal , psicológica sexual o todas las anteriores)en la familia de origen , pérdida afectiva temprana, violencia por parte de padres, conducta de sumisión e inversión de los roles con los padres. Entre los factores que mencionaron se encuentra un factor relevante que es que estar en un núcleo tóxico codependiente tiende a desarrollar mayor codependencia, por la cual, las afectaciones que los hijos de padres codependientes desarrollan suelen ser similares en cuanto a factores de riesgo y de percepción de sí mismos.

Para poder enfatizar con la finalidad que tiene esta investigación se llevó a cabo un conjunto de exploraciones literarias para definir las modalidades de intervención terapéutica que son desempeñadas por los psicólogos, de forma que permita introducirse al conocimiento sobre la modalidad terapéutica que se utilizará en esta investigación, la cual es llamada "Terapia Breve Sistémica".

CAPÍTULO II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Como tratamiento para cualquier afección de orden psicológico emocional, existen a lo largo de la historia de la ciencia psicológica diferentes paradigmas, que además de explicar o intentarlo fervientemente la naturaleza de las motivaciones humanas, también proponen un modelo de atención, cada uno basado desde la perspectiva que manejan de acuerdo con la forma en la que entienden la psique.

A lo largo de este capítulo se hará una revisión completa, pero no exhaustiva, con respecto a la manera en la que se atiende en particular los casos de codependencia emocional; necesariamente se abordará también una perspectiva diferente del fenómeno objeto de estudio desde el paradigma en turno, culminando con la propuesta de intervención basado en el modelo de terapia breve estratégica, destacando sus diferencias significativas y posibles ventajas que puede reportar en la atención de casos particulares en la realidad mexicana y en específico de la población descrita para la presente investigación.

Se ha tomado la decisión de revisar desde los modelos más útiles para la intervención sobre el fenómeno de codependencia, pero también partir desde el más distante en su concepción del ser humano y la forma de abordaje, hasta los más cercanos y como se puede ver en el índice del presente estudio, se dará inicio con el modelo psicodinámico, pasando por el humanista, el conductual, el cognitivo hasta el sistémico.

En las escuelas de Palo Alto, las tendencias formativas del modelo sistémico parten de profesionales que se han desarrollado en estas teorías de inicio, y en una conjunción natural y geográfica de sus conocimientos que fueron haciendo de la Teoría Sistémica una de las más fuertes en la resolución activa y eficaz de diferentes trastornos emocionales que presenta el ser humano.

Es por ello que, entrando en materia, se abordará el primero de los modelos.

2.1 Modelo Psicodinámico.

Parte de la propuesta psicoanalítica y es un modelo que no sólo se centra en la persona, sino que tiene una dimensión fenomenológica.

El aparato mental propuesto por Charcot y que alimentó la imaginación del joven Sigmund Freud para tratar de entender la Etiología de la neurosis y las razones por las cuales las pacientes (casi todas mujeres) se veían afectadas.

El psicoanálisis, como corriente teórica de explicación de la naturaleza psíquica humana, como modelo de explicación de lo que sucede en las razones para nuestra motivación ha recibido una gran cantidad de críticas a lo largo de su historia; desde la perspectiva médica de donde nace la teoría de la autoría de Freud, pasando por la filosofía, la sociología, el humanismo y un recorrido por las ciencias sociales y del comportamiento hasta llegar propiamente a la psicología.

Popper (citado en Clavel de Kruffy, 2004) para ponerlo en términos más concretos hace una fuerte crítica a esta perspectiva tomando al psicoanálisis como ejemplo de pseudociencia; afirmando que violaba el principio de falsabilidad en contraste con la ciencia positiva en el marco temporal del desarrollo científico de las ciencias duras como lo es la física y la teoría de la relatividad de Einstein.

Para Popper el psicoanálisis obedece más a una percepción irrefutable de la metafísica, claro comparada con teorías de Isaac Newton, el psicoanálisis es colocado en la misma categoría del marxismo puesto que conformaban constructos teóricos los cuáles no podrían ser sometidos a la crítica y a la comprobación.

Por supuesto que cuando se somete a la crítica positivista una perspectiva propiamente fenomenológica, no soporta las necesidades o requisitos aparentemente establecidos para llamarlos “ciencia”; no obstante, el psicoanálisis no pretende ser llamado ciencia, o al menos no pretende circunscribirse al grupo de ciencias empíricas, pero eso no lo hace menos racional, o por ende menos valioso.

Existe un valor epistemológico, ese si irrefutable, en la concepción de un apartado mental que explica mucho de nuestras motivaciones para actuar, para vivir, que es esta la función medular de la psicología como disciplina filosófica o científica que es explicar la manera en la que mentalmente funcionamos.

Enunciar la perspectiva teórica que guiará este documento es importante, pues así es como el psicoanálisis debe ser juzgado, desde la misma perspectiva teórica, acaso desde cualquier perspectiva fenomenológica, para ser justos con la idea de crítica del punto de vista; esta investigación deberá ser observada desde su sentido psicoanalítico, que, de alguna forma, a pesar de ser el paradigma más popular entre los psicólogos mexicanos, no es por mucho el mejor conocido.

Partiendo de este supuesto, el psicoanálisis da pie a la noción de la atención en crisis emocionales, y su dimensión de tiempo en el que se debe profundizar, da pie a la que se le denominó en su momento terapia breve en los años 70's. (Bellack & Small, 2005).

El presente capítulo no pretende ahondar en las condiciones en las que se lleva a cabo el entendimiento de la naturaleza psíquica del ser humano desde la perspectiva psicodinámica; ocuparía un apartado muy amplio, y siendo responsable con el sentido de su extensión, no se explicará a profundidad el aparato mental propuesto, ni las técnicas propias del modelo en sus inicios como la asociación libre e interpretación de los sueños.

En la práctica privada de la psicodinámica, se suscitan necesidades críticas de problemas relativamente identificados para los cuales un modelo de terapia breve psicodinámica es suficiente y de hecho sería el método a elegir, aunque el paciente estuviera en condiciones de pagarse un tratamiento más largo.

En el caso particular de la presente investigación se abordan las relaciones vinculares que se generan por el individuo y que le llevan indudablemente a la transformación de su concepto de relación afectiva y en consecuencia de su afectación emocional. De acuerdo con Pichon-Riviére (2012), los vínculos son alimentados por los procesos

familiares, existen pulsiones instintivas que son reforzadas por la familia, no obstante, lejano a otras teorías, no son las familias y su lógica lo que determina las preferencias y las pulsiones en el ser humano. Algunas veces el ser humano va en contra de toda dificultad social en orden de responder a lo que identifican como propio y necesario.

La construcción del súper yo no es ingenua, responde a la pulsión del querer ser no sólo introyectado por la dinámica de la formación familiar, sino como una manifestación de lejanía y de conseguir el estatus persecutorio del objeto del deseo y del vínculo hacia la identidad anhelada; sea esta moralmente correcta o no.

El psiquismo infantil divide al mundo en dos tipos de experiencias, aparece el objeto idealizado que sucede cuando la sensación de confort, el bienestar, se siente vinculado a ello, mientras que cuando tiene algún dolor se siente distante o en rechazo; en algunos casos el objeto idealizado dista del objeto “persecutorio” de acuerdo a la teoría de Klein; dónde existe un mecanismo de insurrección, en el que se establece una distancia de lo rutinario, de lo establecido.

Dentro de la teoría de las relaciones y sobre todo en el concepto de la terapia breve psicodinámica, el aspecto de la teoría objetal (la que deriva en el objeto del afecto) es de trascendental importancia, no sólo porque el vínculo es de objeto de afecto o de deseo, sino por el hecho de que la consecución del mismo afecta la conformación de las estructuras emocionales de la personalidad. Como en la teoría, la psicoterapia de relación de objeto hunde sus raíces en los principios psicoanalíticos. Además, no hay solo un tipo, sino que más bien la teoría de relación de objetos es un principio que guía las múltiples formas de la terapia de relación de objetos (Ramírez & Díaz, 2009).

Quizá la diferencia más importante entre la psicoterapia basada en los principios de la teoría de relación de objeto, a la que con frecuencia se considera una forma de terapia psicodinámica, y el psicoanálisis es que el terapeuta no asume un rol pasivo como es tradicional en el psicoanálisis, puesto que la interpretación de la relación de transferencia, que aunque importante, no es un componente central. En lugar de ello,

el papel del terapeuta es prestar atención a los modos en los que el paciente proyecta las relaciones de objeto previas en las interacciones con el terapeuta. La mayor parte de las terapias que incorporan la teoría de la relación de objetos conceptualizan de ese modo la terapia como una ayuda para que el paciente resuelva las características patológicas de las relaciones de transferencia a través de la experiencia activa de la relación real entre el terapeuta y el paciente.

Esta re-experimentación de estos aspectos vitales en la relación de objetos tales como la intimidad, el control, la pérdida, la transparencia, la dependencia-autonomía y la confianza, representan la influencia curativa primaria. Aunque puede haber implicada algunas otras interpretaciones y confrontaciones, el "método de trabajo" a través de los componentes patológicos originales del mundo emocional del paciente y los objetos que subsisten en él es la meta terapéutica primaria (Jaitin, 2017).

La terapia de relación de objetos es una propuesta formal separada del psicoanálisis. Aunque los aspectos más técnicos de sus teorías del desarrollo de la personalidad y la psicoterapia difieren significativamente, comparten los aspectos centrales de proporcionar un ambiente de seguridad y cuidados de la relación mientras se resiste el intento inconsciente del paciente de llevar al terapeuta a los mismos patrones de relación que los que constituyen las interacciones dinámicas distorsionadas del paciente con los otros significativos. Un proceso tomado frecuentemente como ejemplo de esto es el modo en el que el terapeuta anima a la independencia y al desarrollo de un sentido del Yo (ego) más autónomo, pero al mismo tiempo alienta el establecimiento de intimidad y confianza (interdependencia en lugar de dependencia o evitación en las relaciones). Esto puede ser una tarea muy difícil en la que el terapeuta debe proporcionar aceptación y validación pero, simultáneamente, poner y mantener límites en la relación así como límites a la conducta del cliente en su papel de objeto "saludable" (Cañero-Pérez, 2018).

Es importante lograr establecer una diferencia entre las psicoterapias dinámicas de las de apoyo y orientación psicoanalítica, ya que éstas están dirigidas a sujetos con una

afectación psíquica severa de acuerdo a lo que documenta (Sánchez-Barranco 2001) así como familias que han entrado en momentos cercanos en crisis; en cualquiera de los casos, cuando sucede que las crisis se prolongan en el tiempo, los sujetos implicados desarrollan frecuentemente severos trastornos mentales, que se acompañan de graves tensiones en el grupo familiar. De aquí la necesidad de una intervención de apoyo pronta e intensiva, con el fin de tratar de aliviar de inmediato la situación psicopatológica activada, mostrando con claridad a los participantes las posibles vías de solución existentes. Son en todo caso recomendable las siguientes estrategias terapéuticas:

1. Ayuda inmediata al sujeto o a la familia en que la descompensación o la crisis han hecho su aparición con sesiones de corta duración. Planteando la primera sesión en la casa del paciente, persiguiéndose antes que nada la reducción de sus sentimientos de soledad, desvalimiento y desesperanza.
2. Definición del trastorno o del conflicto objeto de la consulta como una crisis, debiéndose incluir en tal delimitación a todos los miembros del grupo familiar, para evitar que la responsabilidad se ubique en un sujeto único, defensa que habitualmente se pone en marcha para desviar responsabilidades y culpas.
3. Centrarse en los eventos del presente y en los hechos cercanos a la descompensación de la crisis. Dirigiendo el análisis a los factores inmediatos que han precipitado la descompensación.

En lo referente a la psicoterapia dinámica breve, hay que destacar que no se trata de una mera variante de la llamada psicoterapia psicoanalítica, enfoque que inició la escuela de Chicago y que se sigue practicando por parte de algunos terapeutas. Aquí, al margen del problema psicopatológico del sujeto, éste es visto una o dos veces por semana, cara a cara, alentando la libre asociación y ofreciendo interpretaciones dinámicas ocasionales, generalmente centrado en los fenómenos transferenciales más superficiales y más cercanos al yo.

En todo caso, se procura ligar las dificultades presentes con los hechos del pasado, especialmente con los de naturaleza inconsciente que se hayan revelado de alguna forma en el curso del proceso terapéutico como significativo; la terapia se extiende durante un año o año y medio, promoviéndose el aumento del autoconocimiento a través de los *insights*, así como de las imprescindibles experiencias emocionales correctoras.

En el apartado final del presente capítulo se retoman algunas cuestiones de por qué no se consideró este modelo como el más conveniente para lo experimental.

2.2 Modelo Humanista

Este apartado se enfoca en el desarrollo de un modelo que no por distante al establecimiento de los comportamientos, es menor en términos de su uso para la atención de los trastornos de codependencia, es el modelo humanista.

Tradicionalmente la psicoterapia de orientación humanista-existencialista se ha asociado principalmente a la fundamentación filosófica y metodológica conocida como la fenomenología.

Sin embargo, el conocimiento teórico y práctico que los psicoterapeutas de orientación humanista-existencial tienen, por un lado, de la fenomenología y sus desarrollos conceptuales, y por otro, de las posibilidades y los imperativos de la aplicación clínica del método fenomenológico, a menudo es vago e inexacto (Osorio, 2013). Por lo tanto, este conocimiento, si efectivamente consideramos que la filosofía fenomenológica es uno de los fundamentos de la psicología humanista-existencial, tiende a ser insuficiente y puede, eventualmente, deformar y limitar el ejercicio profesional de una psicoterapia humanista-existencial orientada en profundidad por sus propios planteamientos cardinales. En la actualidad, terapeutas de diversas orientaciones han comenzado a reconocer y subrayar la relevancia de los supuestos filosóficos que subyacen a la práctica psicoterapéutica y han detallado algunas de sus múltiples

implicancias concretas. Así, por ejemplo, la naturaleza de la relación terapéutica, la comprensión del impasse o la conceptualización de la psicopatología.

Partiendo del principio de que la fenomenología es el fundamento teórico de la psicoterapia humanista es importante identificar sus fundamentos. Husserl estaba insatisfecho con los resultados arrojados por las aplicaciones del método científico positivista en el campo del estudio del mundo externo y la realidad psicológica. Desde su perspectiva, la imagen del mundo y del ser humano que la ciencia estaba formándose en el transcurso del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX se alejaba excesivamente de la experiencia genuina que las personas tienen de su entorno y de sí mismas y, en este sentido, no podía ser visualizada como empírica y fidedigna. En esta línea, en una contribución temprana, Gendlin (1966 citado en Sassenfeld y Moncada, 2006) indica que Husserl rechazó la teoría científica difundida hasta el día de hoy según la cual vemos “perceptos” o pensamos “imágenes” al advertir que, en su experiencia personal directa e inmediata, nunca había visto un percepto o pensado una imagen. Más bien, razonó Husserl, los procesos psíquicos siempre son intencionales, es decir, invariablemente hacen referencia y están ligados a objetos y/o sucesos que se encuentran en la realidad externa Halling & Carroll, 1999; Waldenfels, (1992 citados en Osorio, 2013).

Por lo tanto, entenderlos como sencillas ocurrencias subjetivas que no guardan relación con el mundo en el cual las personas existen y se desenvuelven es una abstracción excesiva. Desde esta perspectiva Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial el modelo terapéutico escapa de la construcción de diagnósticos estandarizados o bien de evaluaciones que pretendan determinar patologías.

Desde esta perspectiva, es inviable concebir el tratamiento de una codependencia emocional desde un modelo que no establece un orden generalizable de psicopatología, de hecho, el mismo fenómeno de codependencia y que fue definida en el capítulo anterior, no tiene fundamento viable bajo una visión metodológica que no comulga con el establecimiento de categorías en los desórdenes emocionales.

Es posible afirmar que, desde el punto de vista de la fenomenología, los dos hechos básicos que guían la investigación y que, dado el énfasis en el concepto de intencionalidad, se implican uno al otro, son la experiencia y el fenómeno. Un fenómeno es la apariencia o la forma específica en la que el objeto de estudio se presenta a sí mismo, de modo inmediato a la consciencia del observador (Frankl, 2016). En tal sentido, la fenomenología supone que los fenómenos, en cuanto constituyen uno de los dos aspectos centrales de la relación intencional entre individuo y mundo, son lo único que al ser humano le es accesible y cognoscible directamente; por lo tanto, la concepción fenomenológica de lo real, tal como ha indicado Carrazana (2003), es relacional, ya que asume que la realidad debe ser entendida como una co-construcción que se produce entre el observador y lo observado. Así, surge la necesidad de reconocer la existencia de innumerables realidades válidas. Por otro lado, lo real siempre se nos presenta como un tejido sólido que está dado de antemano y en el cual nos encontramos. Debido a esto, la realidad fenoménica es una priori en nuestra experiencia.

Así, el punto de partida del modelo de psicoterapia fenomenológica, es la descripción lo más completa y exhaustiva posible del fenómeno a partir de la experiencia directa e inmediata que el paciente tiene de éste, con lo cual se garantiza la consideración de la singularidad e irrepetible de cada fenómeno observado; esto implica que los fenómenos han de estudiarse y describirse en concordancia con la noción de intencionalidad, teniendo en cuenta tanto las circunstancias externas en las cuales se manifiestan como los procesos psíquicos relacionados de quien los estudia. En este contexto, el fenómeno es entendido como aquello que es aparente o “dado” en una situación o en un proceso subjetivo o intersubjetivo que es de interés. Como señala Osorio (2013), la fenomenología intenta alcanzar una comprensión basada en lo que es obvio o revelado por el objeto de estudio y no en los juicios del observador. Dicho de otro modo, la atención se lleva a aquello que está presente y que es observable y no a aquello que uno puede sospechar como eficaz detrás de las apariencias. El hecho que el método fenomenológico se base y se centre en la experiencia del paciente,

introduce una dificultad importante que no pasó desapercibida ni en la obra de Husserl ni en la de sus sucesores: suponiendo que fuera necesario, las experiencias individuales son difíciles, sino imposibles, de homogeneizar y, en consecuencia, distintas descripciones fenomenológicas de un mismo fenómeno divergirán inevitablemente. Esta problemática nuclear, que involucra los sesgos que pueden determinar para el estudio de una tesis como la presente centrada en la intervención de los comportamientos codependientes.

Es por ello que, en el apartado final, cuando se establezcan los motivos que llevaron a decidir por uno de los modelos de intervención, ésta (la humanista) no aparezca como una de las opciones viables para la generación de evidencias de intervención que pudieran promover un principio metodológico.

2.3 Modelo Conductual

En el presente apartado, se abordará un modelo que ha prevalecido durante muchos años en la historia de la psicología aplicada a las intervenciones; es incluso probable que el mismo siga vigente durante varios siglos, dado que la certeza de sus procedimientos en relación a la transformación de los patrones comportamentales constituye una evidencia notable, este es el modelo conductual.

En la actualidad es poco común encontrar este modelo separado de lo cognitivo; la mayoría de la psicología experimental ha aceptado los procesos cognitivos como observables y parte de la experiencia de entender el fundamento de las bases comportamentales de las personas (Carrizales y Fernández, 2017).

No obstante, como modelo, y para entender mejor su fundamento, debe entenderse la terapia conductual como el modelo que se basa en los principios del conductismo en orden de modificar los comportamientos observados en los individuos que le son adversa o que no son adaptativos.

La base del paradigma conductual se centra en que todo comportamiento es aprendido. En la terapia conductual, el objetivo es reforzar las conductas deseables y eliminar las no deseadas o desadaptativas. Las técnicas utilizadas en este tipo de tratamiento se basan en las teorías del condicionamiento clásico y condicionamiento operante (Farberman, 2017).

Una cosa importante a tener en cuenta sobre las diferentes terapias de comportamiento es que a diferencia de otros enfoques teórico-prácticos, la terapia conductual se basa en la acción. Así, los terapeutas conductuales se centran en el uso de las mismas estrategias de aprendizaje que llevaron a la formación de conductas no deseadas, orientando la terapia hacia la adquisición de nuevos comportamientos.

La Terapia Conductual es un tratamiento basado en la acción que tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento positivo. Otras terapias como la terapia psicoanalítica tienden a ser más centrada en el conocimiento y profundizar en el pasado. En la terapia conductual, el pasado sigue siendo importante, ya que a menudo revela dónde y cuándo surgió el comportamiento no deseado, sin embargo, se centra más en el comportamiento actual y en las formas en que se puede rectificar.

De acuerdo con Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués-Ortega (2005) La premisa detrás de la Terapia Conductual es que el comportamiento puede ser aprendido y a la vez modificado. El objetivo es ayudar al individuo a aprender nuevos comportamientos positivos, que reduzcan al mínimo o eliminar el problema.

El condicionamiento clásico es una manera de alterar el comportamiento, y existen un buen número de técnicas orientadas a producir este cambio. Originalmente conocido como modificación de conducta, las principales técnicas utilizadas desde este enfoque son la inundación, la desensibilización sistemática, la exposición o la terapia aversiva. Originalmente, este tipo de terapia se conoce como la modificación del comportamiento, pero en estos días que normalmente se conoce como análisis de

conducta aplicada o bien trans-conductismo (Díaz, 1989). Los diversos métodos de cambio de comportamiento incluyen:

Inundación: La inundación es un proceso que se utiliza generalmente para las personas con fobias y ansiedad y consiste en exponer al individuo a objetos / situaciones que generan o provocan miedo de una manera intensa y rápida. La idea es que la persona no pueda escapar el objeto / situación durante el proceso y por lo tanto debe enfrentarse a su miedo. Obviamente, este método sólo puede ser adecuado para determinadas situaciones.

Desensibilización sistemática: Esta técnica funciona en una premisa similar a la anterior; sin embargo, es más gradual. El terapeuta podría empezar por preguntar a la persona a escribir una lista de los temores que tienen. Una vez que esta lista está escrita, el terapeuta le enseñará técnicas de relajación para que el individuo utilice mientras piensa en la lista de temores. Este emparejamiento del elemento que induce al miedo y el comportamiento de relajación tiene como objetivo eliminar la fobia o ansiedad.

La terapia de aversión: Se fundamenta en erradicar el comportamiento indeseable acompañándolo de alguna forma por un estímulo aversivo con el objetivo de reducir el comportamiento no deseado. Un ejemplo de cómo esto se utiliza es cuando un alcohólico se prescribe un determinado fármaco que induce náuseas, ansiedad y dolores de cabeza cuando se combina con alcohol. Esto significa que cada vez que la persona bebe, consiguen efectos secundarios negativos.

Otro grupo de técnicas son las basadas en los principios del condicionamiento operante, lo que significa que utilizan el refuerzo, el castigo, la formación, el modelado y otras técnicas relacionadas para modificar el comportamiento. Estos métodos tienen la ventaja de estar muy centrados en la conducta problema, lo que permite que se puedan producir resultados rápidos y eficaces. Las siguientes estrategias pueden ser utilizadas dentro de este tipo de terapia:

La economía de fichas: Esta estrategia se basa en el refuerzo positivo: se ofrece a los individuos fichas que pueden ser canjeadas por privilegios o elementos deseados cuando se exhibe un comportamiento positivo. Esta es una táctica muy usada por padres y profesores para ayudar a mejorar el comportamiento de los niños.

Manejo de la contingencia: El manejo de contingencias implica un contrato escrito entre el terapeuta y el individuo que describe las metas, recompensas y sanciones. Tener este tipo de acuerdo claro ayuda a cambiar el comportamiento y agregar un sentido de la responsabilidad.

Modelado: Modelado implica aprender mediante la observación y la imitación de los demás. Tener un modelo positivo puede dar a las personas algo para aspirar a lo que les permite cambiar su comportamiento para que coincida con su modelo de.

Extinción: La extinción funciona mediante la eliminación de cualquier tipo de refuerzo para el comportamiento negativo. Un ejemplo de esto sería un niño que posee mal comportamiento. Sacándolo de la situación (y la atención asociada al mismo) el comportamiento debe parar.

Aunque no son sólo estas, de hecho, existen combinaciones basadas en el modelo experimental de la conducta, tasas de razón de intervalo, de magnitud del estímulo, que se han adaptado y estudiado para la consecución de resultados esperados en la terapia.

2.4 Modelo Cognitivo

Uno de los modelos de mayor desarrollo y actualidad en la práctica terapéutica psicológica es sin duda el cognitivo-conductual; de este modelo existe una difusión en artículos científicos destinados a sus principios.

Aunque su origen está en el modelo conductual basado en evidencias observables y de carácter comprobable experimentalmente, la inclusión de los procesos mentales o

denominados por el paradigma como procesos cognitivos, le da una dimensión diferente a la de la modificación del comportamiento (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2017).

El Cognitivismo surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no sólo importará el estímulo, sino principalmente la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el Paradigma del Procesamiento de la Información.

La terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y asimismo maneja el interior del ser humano para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento (Tristan & Rangel, 2007).

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 partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él 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. Es precisamente el pensamiento irracional o distorsionado el que lleva de alguna manera a la actuación del mismo (Tristan & Rangel, 2007).

Principios de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso de cambio conductual (Lira, 2007). Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes de aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar,

mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones autonómicas y comportamentales.

Los principios esenciales del modelo cognitivo conductual pueden resumirse en:

- Las cogniciones son productos de carácter básicamente verbal, la sistematización del cambio cognitivo conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.
- Las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones mediacionales, se encuentran en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de solo un estado de la conciencia.
- La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explícitas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la autoatención focal del paciente en sus propias creencias y meta-cogniciones, tal como proponen la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva.

En la Psicoterapia Cognitivo Conductual los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva (Salazar, 2017).

La acción terapéutica va más allá de manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas de modelado; *Roleplaying*, entrenamiento asertivo, como las técnicas más típicas.

El terapeuta toma una actitud directiva, presentándose a sí mismo como modelo explícito si es necesario, e intenta corregir activamente excesos, déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos incluyendo los procesos cognitivos conscientes; para ello, el terapeuta potencia los procesos de auto atención, instando al paciente a modificar ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

Entre los creadores de esta terapia se encuentra Albert Ellis, quien desarrolló la terapia racional emotiva conductual, además, es considerado por muchos como el padre de esta terapia.

Otro de los fundadores de esta terapia fue Aarón Beck es un psiquiatra y un profesor emérito en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania. Beck es conocido por su investigación sobre la psicoterapia, la psicopatología, el suicidio, y la psicometría, que llevó a la creación de la Terapia Cognitiva.

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos ponen mucho énfasis en el “¿Qué tengo que hacer para cambiar?” que en el “¿Por qué?” Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que le ocurre a una persona no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio, se utiliza terapias a corto plazo y pone énfasis en la cuantificación, siendo posible la medición de los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión

final, para tener una idea del cambio obtenido; la relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.

Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Esta terapia tiende a fomentar la independencia del paciente.

En particular, el modelo de intervención planteado para este caso práctico refiere a la reestructuración cognitiva; procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionada que conducen a malestar emocional y frustración.

La piedra angular de la reestructuración cognitiva son los pensamientos automáticos, un tipo de ideas que las personas tenemos involuntariamente en muchas situaciones de nuestras vidas. Justamente, estos pensamientos se llaman automáticos porque no hacemos ningún esfuerzo para que se presenten, simplemente, ellos aparecen; por ejemplo, Silvia, quien padece de ansiedad severa, se encontraba en su casa esperando la llegada de su hijo mayor cuando sonó el teléfono. Silvia pensó: "tuvo un accidente". Inmediatamente sintió mucho miedo, su corazón latía rápidamente y una desagradable sensación de opresión, recorría su estómago. Cuando levantó el teléfono, se encontró con que se trataba de una amiga que sólo llamaba para saludarla.

Es posible que en el ir y venir de la vida, no siempre se tenga en cuenta de lo que se está haciendo y menos aun lo que se está pensando. Se actúa por hábito y "automáticamente"; por eso, nuestros pensamientos automáticos pueden pasar desapercibidos para nosotros, lo que es muy difícil que podamos pasar por alto son nuestras emociones, por algo les decimos sentimientos, es decir, que se sienten; entonces, si queremos identificar nuestros pensamientos automáticos, nuestros sentimientos nos pueden servir de guía, cada vez que tengamos algún sentimiento

negativo, como ansiedad, miedo, tristeza, enojo, podemos preguntarnos, ¿qué es lo que acabo de pensar?, ¿cuál es la idea que recién cruzó mi cabeza? Si estoy sintiendo algún afecto negativo, eso significa que hace instantes tuve un pensamiento automático. Una vez que logré encontrarlo, lo mejor es anotarlo, pues estos pensamientos se olvidan rápidamente. Sin embargo, el solo hecho de detectar nuestros pensamientos automáticos no hace que mejoremos nuestro estado emocional.

2.5 Modelo Sistémico

El presente apartado atiende a un modelo de actualidad y vigencia absolutas, el modelo sistémico se basa en el desarrollo de diversos saberes atribuibles al conocimiento de la dinámica familiar y su papel como sistema conformativo de las psicologías individuales.

Eguiluz (2003) concibe a la familia “*como sistema, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un ‘organismo vivo’, compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas*“. (p.1). La autora afirma que la familia es un sistema relacional el cual conecta al individuo con el grupo más amplio denominado sociedad.

Así mismo, la familia puede ser considerada como “un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema” (Eguiluz, 2003, citado en Montalvo, Espinoza & Pérez, 2013). Es abierto porque este sistema se encuentra en interacción constante con el sistema cultural, el cual es representado por el cúmulo de creencias. Tanto la familia como el individuo, en su proceso de adaptación al sistema cultural, se asimilan las creencias, modificando y moldeando sus reglas, así como comportamientos para acoplarse a las demandas externas.

Bajo dicha situación, resulta importante estudiar específicamente situaciones críticas como el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicarse (Minuchín, 2001). De este modo, para modificar al mundo, es necesario cambiar a la familia. Minuchin (2001) ofrece cuatro aspectos fundamentales que posibilitarían la tarea de generar un cambio positivo a nivel familiar e individual, estos son:

1. Los sentimientos que el individuo tiene de sí mismo, es decir, la autoestima.
2. Los métodos que utilizan las personas para expresar sus ideas a los demás, es decir la comunicación.
3. Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentir y actuar, es decir, el sistema familiar.
4. El modo en cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, es decir el enlace con la sociedad.

Entre los modelos de intervención para el presente proyecto se decantó por la terapia sistémica ya que la Terapia Familiar Sistémica se apoya en la idea de que las relaciones familiares forman una parte clave de la salud emocional de cada miembro de esa familia. Este tipo de terapia puede ayudar a las personas que se preocupan por los demás a encontrar maneras de hacer frente en colaboración con cualquier malestar, la incomprensión y el dolor que está afectando a sus relaciones y poner una tensión en la unidad familiar.

Los problemas más habituales con los que un terapeuta familiar suele trabajar son los acontecimientos estresantes y traumáticos de la vida tales como: divorcio y la separación, enfermedad o muerte de un ser querido, y etapas de transición de desarrollo de la familia que pueden causar dolor y malestar. Los conflictos entre padres e hijos, problemas relacionados con la escuela y el trabajo y las dificultades

psicosexuales también pueden ser explorados a través de la Terapia Familiar Sistémica.

Los terapeutas familiares también pueden trabajar junto a otros profesionales de la salud para hacer frente a problemas específicos tales como el TDAH, trastornos alimentarios, adicciones, depresión, y cualesquiera otras condiciones que pueden estar teniendo un efecto perjudicial sobre la vida familiar. Esto hace que la Terapia Familiar sea útil para los momentos de crisis o de larga duración que estén teniendo efectos perjudiciales sobre la familia.

Y de esta, existe el modelo estructural que se explicará en los próximos subtemas.

2.5.1 Modelos de Terapia Sistémica Estructural

2.5.1.1 Terapia Intergeneracional

La terapia familiar Intergeneracional o contextual es una orientación desarrollada por Bozormenyi-Nagy hacia los ochentas utiliza un sistema multidimensional de análisis de los procesos familiares a partir de cuatro dimensiones propuestas:

La dimensión existencial. Dónde se enfatiza la herencia o legado cultural, y que incluye aspectos diversos entre los que se encuentran condiciones; económicas, sociales, raciales, étnicas e históricas de la familia.

La dimensión psicológica. Donde se tienen en cuenta elementos dinámicos que juegan un papel importante en el individuo y su vida, entre los que se encuentran necesidades conflictos, defensas.

La dimensión sistemática o transaccional, que es la dimensión donde se analizan el conjunto de patrones de conducta que rigen las relaciones familiares, identificando los sistemas de interacción cuya función es el mantenimiento de elementos sintomáticos, principio por el cual se rige esta dimensión que es el de modificar los patrones descritos, y finalmente

La dimensión Ética Relacional, en la cual la consideración principal radica en la justicia que rige las relaciones entre diferentes generaciones que componen la familia. La historia intergeneracional y el balance de los méritos y obligaciones transmitidos de una generación a otra como el elemento más importante de esta dimensión.

2.5.1.2. Terapia de la Escuela de Milán

La escuela de Milán se desarrolló en la década de 1971-1980 a través de las investigaciones del equipo formado por Mara Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin. Al finalizar esa década, el equipo se disuelve en dos: Mara Selvini y Prata permanecieron juntas algunos años más; Boscolo y Cecchin crean otro Instituto.

Desde el modelo terapéutico existen las propuestas desarrolladas por el equipo de Milán desarrolla, quienes para la coordinación de la sesión terapéutica, plantean tres directrices:

- Elaboración de hipótesis
- Circularidad
- Neutralidad

A continuación, se plantean cuáles son las características de cada una de estas fases

Elaboración de hipótesis:

Por elaboración de hipótesis se refiere a la competencia del terapeuta para construir una explicación basada en las informaciones que posee. Con la hipótesis el terapeuta fija el punto de partida de su investigación. Si la hipótesis resultara no aceptada por la familia, se formulará otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior.

Antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la "ficha telefónica", el equipo terapéutico se reúne para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, el terapeuta

puede tomar la iniciativa, actuar con orden, controlar, interrumpir, guiar y provocar transacciones, evitando así, el quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo.

Circularidad:

Por circularidad se entiende la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares. Se trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros.

Al proponer preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se alcanza simultáneamente el objetivo de introducir en la familia "inputs", conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema.

Neutralidad:

Por neutralidad se entiende la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no preferir evaluación alguna. Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar retroalimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase. El hecho de emitir un juicio cualquiera, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes.

El equipo de Milán también pone especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con nosotros realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. El terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente del de la familia.

Las técnicas de intervención que emplea el equipo de Milán han ido evolucionando a través de su propia investigación, las más destacables son:

- Prescripción paradójica.
- Connotación positiva.
- Rituales.
- Prescripción invariable.

El juego como Herramienta:

Un concepto importante desarrollado por el equipo de Milán es el de "JUEGO". Es por eso, que aquello que ha de diagnosticarse (lo enfermo), es el "juego familiar". El juego familiar, se utiliza como una hipótesis operativa, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención.

Si trazáramos una línea imaginaria, en un extremo podría estar la "secuencia" y en el otro el "mito familiar". El "Juego familiar" ocuparía un lugar intermedio entre ambos, aunque más próximo al mito. La secuencia define una interacción cara a cara, fácilmente observable, que se repite transcurrido un intervalo de tiempo relativamente corto, de segundos a una hora.

Las secuencias:

Las secuencias son encadenamiento de conductas que se estereotipan, justamente la repetición está hablando de algún tipo de regla por la que se rigen.

Los mitos:

Los mitos son reglas sistematizadas. Los mitos son reglas en cuanto que se han sistematizado.

El mito se percibe como pensamiento, como el estilo de la familia de percibir la realidad y percibiéndose y en este sentido funcionan como filtro.

El mito contiene las reglas de mayor grado de abstracción que dirigen el funcionamiento familiar, por lo tanto, cualquier tipo de secuencia de rango inferior queda subsumida dentro de ella.

Las conductas, las rutinas familiares, tienen su justificación última en el mito.

La secuencia es lo más observable y el mito es lo más inferido. Si la secuencia son conductas interactivas, el mito lo componen reglas.

2.5.1.3 Terapia Breve del MRI

La terapia breve del Mental Research Institute (MRI) es un enfoque de terapia breve creado aproximadamente en 1968, con un grupo que está formado por Paul Watzlawick, Richard Fish, John H. Weakland y Lynn Segal: se caracteriza por centrarse en el problema del usuario, no por ello, se trata de un enfoque que se base en patologías.

Específicamente interviene en las llamadas "soluciones intentadas" siendo estas aquellas respuestas que dan los consultantes al problema con la intención de resolverlo, pero que finalmente no logran; con ello poner una verdadera solución; no obstante, su "solución intentada" la siguen aplicando una y otra vez, creyendo que si hacen más de lo mismo lograrán solucionar su problema. De hecho, Paul Watzlawick lo maneja como un concepto dentro de la teoría que maneja y pone mucho énfasis en la "solución intentada" (Morejón & Beyebach, 1994).

Este enfoque propone que esas soluciones intentadas son las que mantienen el problema que los lleva a terapia o por decirlo de otra forma, consideran que una dificultad se llega a convertir en un verdadero problema cuando a esa dificultad se le da una solución y esta no da resultado, pero a pesar de ello se vuelve a aplicar incrementándola aún más.

La estrategia general para la solución del problema es hacer que el consultante abandone su solución intentada proponiéndole al mismo tiempo otra respuesta para solucionar su problema, generalmente esta nueva solución tiene que ser exactamente contraria (un giro de 180°) a las soluciones intentadas del cliente.

Las metas terapéuticas que se persiguen durante la terapia es que el consultante:

- Plantee los objetivos a lograr durante la terapia siendo estos concretos y tangibles, (conductas observables).
- Así mismo el consultante debe elegir un cambio mínimo para ir alcanzando los objetivos que se perseguirán durante la terapia, con la intención de que este cambio mínimo crezca y se expanda en la situación que mantiene el problema.
- Se aplica la estrategia de dar un giro de 180° que se mencionó anteriormente.

Ante esa estrategia es necesario que el terapeuta use el lenguaje, la postura y los valores del consultante a manera de encuadre, para con ello aplicar de manera correcta la prescripción o tarea que lleva la estrategia de 180°, si no es aplicada correctamente es muy probable que el consultante no acepte la prescripción.

Por último, el terapeuta debe evitar al máximo las confrontaciones con el consultante. Se ocupan diversas técnicas para intervenir, sobre todo para que el consultante aplique de manera correcta la estrategia de 180° y entre estas técnicas tenemos: Tareas directas, tareas paradójicas, metáforas, técnicas hipnóticas (basadas en el trabajo de Milton Erickson), redefiniciones y técnicas de persuasión.

2.5.1.4. Terapia Narrativa

La terapia narrativa fue reconocida fuera de Australia, lugar donde fue documentada y propuesta en el libro de White y Epston (1993) Medios Narrativos para fines terapéuticos. Estos autores usaban certificados, cartas y todo tipo de documentos para lograr externalizar el problema y que la persona tuviera más espacio para crear una identidad distinta a la que el problema proponía.

La evolución de este modelo terapéutico ha pasado por un periodo de crecimiento de contextos de aplicación, así como de riqueza conceptual que la han hecho muy atractiva para los profesionales de la psicoterapia en todo el mundo y pertenecientes al modelo sistémico o identificado con el mismo.

La definición de terapia narrativa aparece como un enfoque respetuoso y no culpabilizador que sitúa a las personas como expertas de sus propias vidas (Morgan, 2004). Esto conlleva un cambio de conceptualización con respecto a quién busca ayuda. No se le llama paciente, ni se le llama cliente sino que se le denomina “coautor” del proceso de terapia (White, 2004). Con este término Michael White quiere cuestionar la posición del terapeuta como experto y, por tanto, cuestiona su superioridad explícita e implícita sobre la persona que busca su ayuda. Coautor es quien ayuda al terapeuta a comprender la situación desmontando los prejuicios inherentes a la profesión, a la raza, a la clase social, al género, etc., facilitando la autodescripción del problema.

De este modo, el discurso de la persona, su historia, se convierte en fundamental para el terapeuta narrativo, acompañado de un análisis reflexivo de la posición que ocupa y de la necesidad de no imponer sus criterios a la vida de los consultantes (otro término que se utiliza para referirse a las personas que solicitan nuestra ayuda); lo llama auto narración y con ello se refiere a la explicación que presenta un individuo de la relación entre acontecimientos auto relevantes a través del tiempo.

Con el concepto de coautor y con el cuestionamiento del papel de terapeuta como experto, Michel White da paso a otro fundamento teórico de las prácticas narrativas: la valoración de los saberes locales o populares. Basándose en trabajos antropológicos de Gregory Bateson, Clifford Geertz y Bárbara Myerhoff, por citar algunos de los más relevantes, y en reflexiones filosóficas de Michel Foucault y Jacques Derrida, White (2002) destaca que en la enseñanza de las disciplinas profesionales no sólo se marginan los saberes locales o populares, sino que también se los descalifica, olvidándose de la propia historia de las personas y las comunidades y desechando la sabiduría, los recursos, valores, actitudes, etc., que cada persona y cada comunidad puso en juego para enfrentar las situaciones conflictivas. De la valoración de la sabiduría popular surge la práctica colectiva narrativa que trabaja con comunidades.

2.5.1.5 Terapia Breve Estratégica (TBE)

Así, después del recuento (no cronológico) de los modelos terapéuticos más importantes que conforman el modelo sistémico de intervención psicoterapéutica, arribamos al que está destinado a ser base en esta investigación. La Terapia Breve Estratégica es una manera creativa y original de enfocar la formación y solución de problemas humanos en una consulta psicológica.

Los intentos arbitrarios de solución puestos en práctica por el paciente o sus familiares, son por lo general los que mantienen el problema o generan nuevos problemas. Se trata de una intervención terapéutica breve (entendiendo por breve menos de 15 sesiones distinto sustancialmente de la perspectiva psicodinámica) que se ocupa, por una parte, en eliminar los síntomas o el comportamiento disfuncional por el cual la persona ha recurrido a terapia, y por otra parte, en producir un cambio de las modalidades según las cuales la persona construye su propia realidad personal e interpersonal (Watzlawick & Nardone, 1997).

Por consecuencia, este modelo representa una intervención radical y duradera más allá de una terapia superficial y meramente sintomática contrariamente de las tradicionales teorías psicológicas, un terapeuta estratégico no utiliza ninguna teoría sobre la naturaleza humana y, por tanto, mucho menos definiciones relativas a la Estandarización psíquica. Este enfoque se interesa principalmente por la “funcionalidad” o “disfuncionalidad” del comportamiento de las personas y de su modo de relacionarse con su propia realidad.

Haciendo un poco de historia, Los orígenes de la TBE se encuentran en la perspectiva sistémica y el trabajo de Milton Erickson y Paul Watzlawik. Esta perspectiva se centra no sólo en la persona sino también en todos los sistemas que la rodean en su día a día: la familia, las relaciones sociales, el ambiente, la sociedad y factores similares.

Con base en esos sistemas la persona ha construido su percepción de la realidad, la realidad no puede considerarse sólo una, sino lo que cada uno hace con su

perspectiva, lenguaje y representación de la misma, cada uno tiene una forma de entender las cosas en función de lo que ha experimentado en su vida y de lo que socialmente le han inculcado. La persona pues, se comporta en base a esta manera de percibir la realidad.

Esta manera de entender la vida es bastante estática, por lo que la persona a menudo, no es capaz de ver por sí misma cómo se puede interpretar la realidad de otra manera diferente. Giorgio Nardone adaptó esos conocimientos de la perspectiva sistémica y los unió a sus conocimientos en otras perspectivas de la psicología para crear la TBE, un tipo de terapia breve (en la mayoría de casos se solucionan los problemas en 15 sesiones o menos) y centrada en el cambio de perspectiva de una forma natural, llevando a la persona a cambiar su punto de vista de una forma sutil pero muy eficiente.

Cuando nos encontramos frente a una dificultad, la primera cosa que intentamos hacer para resolverla es utilizar una estrategia que nos parece productiva, tal vez porque ha funcionado en el pasado para una situación similar. Si la estrategia elegida funciona la dificultad se resuelve en tiempo breve, pero a veces sucede que nuestra estrategia no funciona como esperaríamos y que esto nos lleva a intensificar nuestros esfuerzos en esa dirección, desde que la solución pensada nos parezca aún la más lógica, obvia, o la única posible. Pero cuanto más aplicamos esta estrategia más la dificultad inicial parece no sólo irresoluble sino incluso se complica, transformándose en un verdadero problema estructurado.

En estos casos son los mismos esfuerzos que la persona ejerce en dirección del cambio que mantienen la situación inmutable, es decir, las “soluciones intentadas” probadas por el sujeto y por las personas de su entorno para intentar resolver el problema terminan por alimentarlo y determinar así su persistencia. Estos intentos de solución son reconocidos a menudo por la propia persona como no funcionales pero, a pesar de eso, ella no consigue hacer de otra forma, desarrollando así una arraigada confianza en la posibilidad de un cambio de la propia situación problemática.

2.6 Diferencias de TBE con los modelos anteriores.

A lo largo del desarrollo de esta investigación, tendremos la oportunidad de comparar la practicidad planteada por la TBE en su influencia sobre la variable dependiente que se identifica como comportamientos recurrentes que categorizan el fenómeno llamado codependencia emocional.

Las diferentes posturas terapéuticas planteadas a lo largo del capítulo dan cuenta de modelos que no son prácticos en orden de identificar su efectividad en la atención de los usuarios que presentan codependencia.

Si tomamos por ejemplo el modelo propuesto por la narrativa, requieren de un nivel de experiencia con el cual no se posee el desarrollo y conducción; no se diga al respecto de otras teorías como la psicodinámica que no se encuentra centrada en soluciones.

Eso es lo que hace a la TBE como la idónea para la identificación de la relación significativa entre los elementos que se encuentran en juego; aunque para la psicología experimental el modelo conductista puede resultar favorable y claramente medible. La comunicación persuasiva es un elemento fundamental de la Terapia Breve Estratégica. Su finalidad es la de hacer sentir de modo diferente, no la de hacer entender de un modo diferente, cambiar la percepción de las cosas y no cambiar su comprensión.

La mayoría de las psicoterapias trabajan sobre el cambio en la comprensión, en el comportamiento o en las emociones. Pero en realidad lo que crea cada dinámica, patológica o no, es nuestro sentir, nuestro percibir; todo lo demás viene después. Por tanto, si se modifica la percepción se modificará consecuentemente la reacción emotiva a ésta, la comportamental y finalmente la comprensión, evitando el muro de la resistencia que se crea cuando el proceso trata de hacerse en orden inverso.

Hay que tener cuidado con considerar que lo que se afirma es que el modelo más adecuado para el tratamiento es el elegido; es muy probable que cualquiera de los

modelos pudieran presentar ventajas y beneficios en el objetivo final que es el equilibrio emocional del usuario del servicio terapéutico, de ahí que este se conforme tan solo como un aporte de algo que se presupone generará una diferencia y que podrá cotejarse en el capítulo de la descripción de resultados, pero sobre todo en su análisis y a los hallazgos a los que ésta investigación arribe.

A continuación se profundizara al tema de “relaciones de pareja”, por lo cual parece significativo realizarle un apartado debido a que la codependencia se desarrolla en relaciones interpersonales, y particular en esta investigación de casos se intenta reconocer los patrones de comportamiento que se presentan en las relaciones de parejas codependientes y las afectaciones que experimentan los hijos de madres codependientes, por ende el desarrollo de este apartado puede dar una introducción a posibles factores que influyen en la elección de parejas.

CAPÍTULO III. RELACIONES DE PAREJA

Dentro de los marcos referenciales que pueden ayudar en la construcción de las condiciones prevalentes para la aparición de estados codependientes; se hace necesario establecer un parámetro de equilibrio planteado desde la literatura actual con respecto a las relaciones de pareja.

De acuerdo con Donatelle, Davis y Munroe (2001, citados por Díaz 2017) las relaciones interpersonales son aquellas en las que las personas ofrecen y reciben valor, entendimiento y se sienten valoradas intelectualmente, emocionalmente y físicamente. Donatelle en el 2001 también afirma que las relaciones interpersonales más significativas para el ser humano son las que implican la relación de pareja. Aludiendo a ello en este apartado se abordarán las relaciones de pareja en su conformación.

3.1 Elección de las parejas.

La conformación de una preferencia sexual establece el principio de la decisión de elección de pareja; aun cuando no se trata de establecer una división de acuerdo con las preferencias sexuales y las diferentes formas de organización familiar que existen en las sociedades occidentales principalmente y en la sociedad mexicana en particular. Por otra parte, desde el enfoque de la teoría sistémica: la pareja puede ser definida como un sistema abierto, circular y estable (Bueno, 1985). Un sistema abierto es un sistema que se relaciona íntimamente con el medio o ambiente en el que se está inmerso, es decir, posee otros sistemas con los cuales se relaciona, intercambia y comunica. Esto es que se considera a la pareja como un sistema abierto porque está compuesto por el subsistema hombre- mujer y forma parte de otros sistemas como la familia, comunidad, sociedad, etc.

La pareja es un sistema circular porque se encuentra en un estado constante y dinámico en donde cada una de las partes está relacionada con las otras partes siendo la conducta de cada uno producto de su estructura interna de personalidad, así como

del conjunto de circunstancias que lo rodean; y es estable por la importancia que los miembros de la pareja le atribuyen a la relación para que sea duradera.

En representación de los factores que intervienen en la elección de pareja serán abordados exclusivamente las decisiones que conforman la elección de pareja heterosexual monogámica, ya que permite abordar las diferentes variantes de organización familiar que son posibles en una realidad actual.

3.1.1 Factores que intervienen en la elección de la pareja.

A continuación se hará mención de diversos factores que intervienen en la elección de pareja, pero debido a las numerosas variables que existen en esta investigación solo se abordaran los factores más mencionados y dominantes, que abarcan teorías y factores sociales. Haciendo mención que en este apartado si se tomaron en cuenta modelos como; el psicoanálisis, y otros solo para fines informativos.

Factor inconsciente.

La elección de pareja tiene una parte consciente y una inconsciente, con aproximación a aquellas teorías fenomenológicas que ya se han desarrollado en el capítulo anterior. En esta elección se trata de descubrir en el otro nuestra propia persona, mientras que en la parte inconsciente existen patrones que se han ido incorporando a nuestros rasgos de manera introyectiva y que están involucrados en el proceso que deriva en la elección de pareja y que hace que tendamos a elegir como compañeros a aquellos que tienen un pasado similar al nuestro (Morales, 2013).

Factor Social.

Así, en la elección de pareja se encuentran involucrados diferentes factores que combinados resultan la elección final, pocas veces obedeciendo a un proyecto de vida definido, más que como una inmediatez. De acuerdo con Leñero en 1987 son tres los aspectos involucrados de manera determinante en la elección de pareja; a saber, homogamia de origen, en donde las personas tienden a buscar sus parejas entre

quienes comparten con ella categorías sociales comunes como: Clase social, religión, etnia, lugar de residencia, nacionalidad; la segunda es valores comunes donde la persona busca que con su pareja exista un consenso en lo que se refiere a la forma de concebir la vida, objetivos de la misma, perspectivas de futuro e incluso opinión sobre los contextos y finalmente la búsqueda de rasgos complementarios a la propia personalidad, donde la persona sienta que la forma de ser de su compañero es compatible con la suya propia.

Factores Biológicos.

No obstante, es menester también considerar la división de las razones de elección de pareja residentes en elementos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Los biológicos son fundamentales, y con ello se desea referir a lo básico, toda elección de pareja atraviesa por la atracción física, y es que la vida en comunidad, en sociedad son fundamentales para supervivencia de la especie. Higashida (1996), considera a la pareja como un producto de la naturaleza, como la unidad mínima de procreación con miras a la preservación de la especie.

El atractivo físico plantea un indicador de salud, de fecundidad, los biólogos aseguran que es este el factor intrínseco a la biología genética de nuestra atracción hacia alguien, los que aparecen como más proclives a la fecundidad son aquellos que tienen más probabilidades de ser elegidos como pareja.

Factores Psicológicos.

En cuanto a los factores psicológicos, refieren a las características que presentan los individuos y que les hacen más proclives a establecer una relación de pareja con una o con otra persona. Entre estas, los elementos inherentes a las experiencias de la infancia y la primera adolescencia se conforman como los pilares de la construcción de la estructura de la personalidad de los individuos; así, también determinan la forma en la que los individuos experimentan sus relaciones amorosas, y para ello existen

diversas explicaciones y perspectivas teóricas que abordan el desarrollo psicosexual de las personas.

Factores Socioculturales.

La conformación de los sistemas familiares de donde proviene el individuo que busca una pareja, son determinantes en las condiciones de la misma elección, el sentido gregario del ser humano le lleva a establecer una escala de valores intrínsecos a las dinámicas familiares que le son atractivas.

Los factores de la conformación del entorno socio cultural establecen el referente de cómo se conforman y qué se persigue como criterios en la conformación de parejas y la interacción entre sus miembros; en las sociedades mexicanas las parejas ya no se conciben como una institución inamovible, las funciones sociales están en relación a aspectos socioeconómicos, más allá de la vinculación afectiva.

Factores Sistémicos y de comunicación.

Definido por Jiménez Burrillo (1977) recoge la idea expuesta por Ackoff y de Greene, según la cual se enciende por entorno de un sistema el conjunto de elementos y sus propiedades relevantes que no son parte del sistema, pero un cambio importante en alguno de ellos puede producir un cambio en el estado del sistema.

Iturralde (1991) Señala que la pareja configura un sistema estructurado, autorregulado, dinámico, abierto y homeostático. Cuando dos individuos se casan pasan a integrar una nueva unidad social, un sistema marital: este sistema no es la simple suma de dos personalidades con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino una entidad nueva y cualitativamente distinta: el todo difiere de las partes.

Cuando dos personas empiezan a interactuar y a establecer una relación se comunican entre sí de manera verbal y no verbal, fijan reglas básicas para su conducta y métodos de comunicación, y en un proceso gradual van convirtiéndose en un sistema. Si deciden comprometerse formalmente, cada uno tendrá una serie de expectativas con respecto al otro y a la relación en sí. Al unirse, los miembros de la

pareja, que traen un nuevo sistema dotado de un contrato propio que puede contener características procedentes de aquellos o ser bastante diferente de lo que la pareja negocio. Los objetivos y fines iniciales del sistema marital pueden cambiar, y por lo general el sistema recién creado continua añadiendo objetivos y funciones adicionales, desechando algunos de los primero. El nuevo sistema diádico se convierte en una tercera persona autónoma cuyos propósitos pueden complementar o contrarias a los objetivos de uno u otros miembros de la pareja, y además es posible que sus efectos afecten el funcionamiento de cualquiera de los miembros de la pareja, y además es posible que sus efectos afecten el funcionamiento de cualquiera de los miembros del sistema dentro de otros sistemas.

Estrechamente vinculada a la teoría de los sistemas esta la teoría de la comunicación, según la cual los mensajes serán afirmados, modificados o descalificados dentro de un proceso circular. Este proceso lleva a un sistema estable a adoptar un código específico de información o acuerdos comunicacionales. La comunicación puede ser definida como un proceso interactivo sostenido por dos o más personas en el que los participantes están emitiendo mensajes que los afectan mutuamente. La comunicación se refiere tanto al nivel verbal como para verbal, en que toda conducta envía un mensaje que puede ser considerado como un intercambio de información y en consecuencia como un sistema que se retroalimenta, lo que le da la característica de sistema abierto. La comunicación humana implica una multidisciplinar de mensajes que se emiten a diferentes niveles simultáneamente por diversos canales o mediante una variedad de significados y referencias relacionadas con cualquier mensaje verbal en sus diversos contextos.

La información connotativa es la que hace que toda comunicación implique un compromiso entre los participantes. Cada mensaje intercambiado en una interacción define la relación y pone a prueba la aceptación por el otro.

Finalmente, se puede concluir que la elección de pareja es un tema complejo y que puede estudiarse de diferentes ángulos, entre los de interés para esta investigación están los factores sistémicos y de comunicación, realizando la aclaración de que los

otros son igual de relevantes pero para este enfoque se tomara como base los ya mencionados.

3.2 Modelos de relación en la dinámica de la pareja (aproximación sistémica).

Existen diversidad de modelos de relación de dinámica en pareja, por lo cual los mencionados a continuación fueron seleccionados de un gran número de los cuales se pueden encontrar en la literatura, la elección de exponer estos es que se ajustan a la teoría de sistema y al cambio que son componentes que se manejan en la base terapéutica que se aplicará en esta intervención TBE.

3.2.1 Según el sistema de cambio y progreso.

Río (2006, cita a Bertalanffy 1967; 1969), ha definido el sistema como “un complejo de elementos en interacción” con una característica fundamental en lo que se refiere al tipo de interacción: que cualquier cambio que tenga lugar en uno de los elementos del sistema, provocará cambios en todos los demás elementos y en todo el sistema como totalidad. (p.68)

Ríos (2006) afirma:

“La interacción de todos estos elementos del subsistema conyugal ocasionará una dinámica peculiar en cada pareja, dando ocasión a la aparición de “sistemas abiertos” o “sistemas cerrados” según la estructura interna de la misma y según el tipo de comunicación que consiga establecer con el mundo externo que la rodea (entorno o contexto)”. (p. 70)

Conviene tener en cuenta que la pareja es un verdadero grupo primario en cuanto que en ella se dan las condiciones requeridas para considerarla como tal. En una

verdadera pareja hay asociación y cooperación íntima cara a cara, de modo que, según Cooley (1963), el resultado de la asociación íntima, psicológicamente, es una cierta fusión de las individualidades en un todo común, de tal manera que cada ser, al menos para muchos propósitos, es la vida común y el propósito del grupo. Quizá el modo más simple de describir esa totalidad es decir que es un nosotros: envuelve un tipo de simpatía e identificación mutua para la cual nosotros es la expresión natural. La pareja, por todo ello, queda enmarcada como grupo primario en el que tienen lugar todos los mecanismos que regulan un sistema como el que ella misma constituye.

Con esto se desenvuelve también el concepto del cambio de reglas, tipos y niveles de comunicación, y paso de conductas menos sanas a más adecuadas a lo que ha de ser el progreso y la cohesión de cada miembro y de la pareja como tal, es algo que no se logra fácilmente.

Como se mencionaba con anterioridad la resistencia al cambio de quien quiere cambiar es una paradoja más sorprendente que desorienta al terapeuta inexperto, sin embargo, dentro de la TBE el terapeuta puede trabajar con la resistencia resaltando así que debe tener una excelente maniobra en la sesión, para no llegar a afectar esta misma, ya que en ocasiones se abandona el tratamiento que rompe la complementariedad que se había establecido antes de los conflictos, así como la manipulación del mismo conflicto como forma de mantener un equilibrio, más múltiples acciones que la pareja utiliza para no cambiar.

3.2.1.1. Con sistema conyugal abierto.

Ríos (1994) señala que en la TGS se entiende por “sistema abierto” el que mantiene continuos intercambios con su entorno. En él se pueden conseguir estados determinados con independencia de las condiciones iniciales, y demuestra una cierta realización de lo que puede denominarse “voluntad propia”. Siguiendo las leyes físicas que estudian la transformación del calor en energía y viceversa dentro de la

termodinámica, puede afirmarse que en los “sistemas abiertos” no actúa el segundo principio de la termodinámica, por lo que en todo sistema abierto hay un proceso permanente de enriquecimiento energético.

En el siguiente párrafo se expondrá como Río González, considera que se presenta la dinámica conyugal aplicada en las parejas con un sistema abierto:

- el comportamiento de los esposos esté en función de la actualidad que viven y de las exigencias que imponen las circunstancias.
- las diferencias de opinión ocasionan el planteamiento de negociaciones que originan nuevos compromisos y producen nuevos modelos de relación y comunicación antes que la rotura de vínculos o la creación de insatisfacciones profundas y duraderas.
- cualquier crisis se afronta con la actitud indicada en el párrafo anterior. cualquier desacuerdo no se enfoca como una hostilidad, sino como la ocasión para llegar a hacer consciente, por ejemplo, que están de acuerdo en que no están de acuerdo sobre un punto determinado. Solamente desde ahí es posible plantear la negociación, la alternativa o la reestructuración de los aspectos más afectados por esta inevitable realidad.
- no hay predominio de homeostasis, sino una clara y permanente tendencia a la transformación definida en términos de retroacción positiva que impide que lo estático se instaure en la pareja.
- nada se fija con el riesgo de impedir una constante y progresiva evolución. La pareja tiene también sus ciclos vitales y a ellos se adapta para no perder energía y capacidad de progreso (Ríos, 2005).
- ambos miembros de la pareja se ocupan fundamentalmente en canalizar sus capacidades y energías para conseguir un patrimonio común en todos los aspectos profundos de la relación establecida.

Desde este sentido puede afirmarse que en el sistema abierto de pareja prevalece la actitud de colaboración frente a la actitud individualista que disminuye el sentido del nosotros.

3.2.1.2 Con sistema conyugal cerrado

Ríos (2006) señala el mismo planteamiento de la TGS, se entiende por sistema cerrado aquel cuyo estado final depende totalmente de las condiciones iniciales del propio sistema. En este tipo de sistemas no hay ningún tipo de intercambio con el entorno y según el segundo principio de la termodinámica en su seno hay un aumento de entropía, lo que equivale a afirmar que hay un empobrecimiento energético o, lo que es lo mismo, existe una energía constante que pierde calidad.

Río Gonzales, considera que la pareja actuara como sistema cerrado cuando:

- hay poca o nula flexibilidad para introducir cambios en relación con el entorno o el contexto que les rodea.
- las reglas que gobiernan su funcionamiento interno en todos los niveles son rígidas o impuestas de modo autoritario por quien ostenta el poder dentro de la pareja.
- todo converge de manera más o menos clara a mantener y hasta defender el «statu quo» en que se mueve la vida de la pareja.
- cualquier cambio introducido por algún factor externo o un dinamismo interno no controlado rígidamente, es contrarrestado por uno o ambos miembros para volver a recuperar los niveles homeostáticos precedentes.
- el comportamiento del otro queda catalogado según las categorías o los parámetros de justo, erróneo, blanco, negro, todo o nada...El gris o sus tonalidades no existen y lo “justo” estará siempre de parte de quien tenga más poder.
- lo que se hace, dice, expresa o manifiesta, ha de coincidir con lo aceptado previamente en la pareja. Los dos han de tener la misma opinión, los mismos

sentimientos y emociones; y, además, y por si lo anterior fuera poco, todo ello deberá aparecer en el mismo momento.

De acuerdo con lo anterior descrito, podemos resaltar que el modelo de relación en la dinámica de pareja motiva a los terapeutas a crear el tratamiento terapéutico adecuado y las técnicas necesarias, así como analizar y ampliar un campo de posibles características a modificar o eliminar, según las necesidades del paciente.

Así mismo, en este capítulo fueron expuestos los factores de la elección de pareja tomados en cuenta desde diversas perspectivas y de una manera concreta, sin embargo, se resalta que los modelos de dinámica de relación de pareja fueron abordados únicamente desde un punto sistémico con fines de reconocer las cómo el fenómeno de codependencia se puede desenvolver en cada uno de ellos y si es que este tipo de dinámica influye dentro del desarrollo o la mantención de este fenómeno.

CAPÍTULO IV. ESTUDIOS RELACIONADOS

De acuerdo con las consideraciones pertinentes para la construcción de un encuadre correcto de esta investigación, se tomó la decisión de realizar comparaciones puntuales encontradas como antecedentes en la literatura documentada y que se relaciona de manera directa con las actividades propias de la propuesta de este documento.

Bajo este criterio, se hizo un trabajo de investigación sobre los trabajos de tesis para la obtención de título profesional o bien de grado que mantuviera las mismas condiciones de relación con respecto a los patrones que representan comportamientos recurrentes que son viables de ser identificados con respecto a su atención por la Terapia Breve Estratégica como un proceso que permite una redimensión de la realidad (Watzlawick & Nardone, 1997).

En este mismo sentido, se encontró que la literatura académica que refiere a trabajos de investigación en la búsqueda de la obtención de un grado, no ha abordado esta relación de manera directa, acaso algunas de manera indirecta. Por lo que se incluyeron otras latitudes en la comparación, aunque las realidades contextuales no sean las mismas que las de la sociedad mexicana, además de hacer uso de una interpretación de diferentes perspectivas terapéuticas aplicadas para hacer coincidir las consideraciones que se tienen hacia la relación que propone esta investigación.

En el apartado correspondiente al capítulo II de la misma, se afirma que la TBE se presenta como idónea para la identificación de la relación significativa entre los elementos que se encuentran en juego; aun cuando se haya considerado para fines experimentales los paradigmas de modificación de la conducta.

A lo largo de este capítulo, por tanto, se ha considerado la opción de las tesis universitarias que hacen una intervención terapéutica sobre los procesos codependientes, no importando que los mismos estén basados en una estrategia terapéutica homóloga a la propuesta de este estudio, o bien alguna aplicación de las

intervenciones desde la TBE aunque no sea propiamente para modificar los patrones que prevalecen en la codependencia.

Así, se encuentran más opciones como puntos de comparación que faciliten el contraste y clarifiquen la situación en la que se encontrará este trabajo.

Para tales efectos se consideraron:

Tesis:

En el país:

1. Segovia Diana, 2018. Factores que influyen en el establecimiento de la codependencia emocional en jóvenes universitarios de 20 a 22 años: propuesta de intervención.

En este trabajo la sustentante presentó como objetivo principal conocer las causas de la codependencia emocional, tomando por referencia las relaciones de pareja, identificando las condiciones que describe la autora como “relación sana” bajo el marco de comportamientos propios del respeto, la comunicación, el apoyo, la escucha y la confianza. En este estudio se tomó como base la teoría humanista de Abraham Maslow y su registro es del 2018; dadas las condiciones de actualidad es que se ha decidido considerarlo dentro de las opciones revisadas para la realización del comparativo que se dará en líneas posteriores. En el trabajo, para describir todo lo que conlleva el tema de codependencia, la autora describe que el individuo codependiente recibe afecto y lo brinda de igual modo percibe en su pareja la protección y las expectativas que necesita a través de la teoría de Maslow, se describe la satisfacción de sus propias necesidades y que puede ocurrir si éstas no son satisfechas como se dice sin embargo el dependiente soporta abusos para la satisfacción o complacencia de las necesidades de su pareja para mantener su relación emocional.

Las coincidencias de este trabajo con el presente documento serán expuestas en los párrafos siguientes, sin embargo, se resaltan los patrones de

comportamiento y como se desarrollan para mantener la codependencia, lo cual empata con esta investigación.

2. Análisis de las causas que influyen en la codependencia emocional en el noviazgo de mujeres de 18 a 35 años. Tesis para obtener el título de la Licenciatura en Psicología, presenta Miriam de la Cruz Marcial; asesor David Vargas González, 2017.

Para continuar con el análisis comparativo de las tesis que se encuentran en la literatura actual, se consideró la tesis de análisis de las causas que influyen en la codependencia emocional en el noviazgo de mujeres de 18 a 35 años; en principio por un criterio de actualidad, ya que esta tesis fue realizada en el 2017. En esta tesis, la autora plantea como objetivo que la referencia que cada individuo tiene del amor es única y subjetiva; no obstante, cuando se habla de una codependencia emocional, las personas tienen particularidades en cuanto su visión de este concepto de amor. Así, su investigación se dirigió al análisis de las causas probables que favorecen a que una mujer en la edad de entre 18 a 35 años desarrolle codependencia hacia su pareja en una relación establecida de noviazgo, también, qué tanto influye su círculo social próximo y conocer si existe un estado inconsciente de dicha condición.

La naturaleza humanista del paradigma por la autora usado, limita el comparativo con respecto a este trabajo de investigación; no obstante, se dedicará un apartado especial a la revisión de las convergencias que se tienen con el mismo.

3. La terapia cognitivo conductual como alternativa para la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven. Tesis que para obtener el título de Licenciatura en Psicología, presentan Liliana Córdoba Ayala, Ilse Eliut Galindo Siguenza; asesora Lizbeth Castro Amaro.

Esta tesis, a pesar de que sea del año 2013, presenta una convergencia mayor con los objetivos de esta investigación, en la misma, la autora habla de la complejidad de la problemática de la dependencia y codependencia emocional, derivada de las relaciones familiares, económicas, y otros factores entre los

principales para permanecer en una relación que es tóxica, a decir de las mujeres que se encuentran en una relación codependiente, estas mujeres no se dan cuenta de que es imposible querer a una persona que te trata tan mal, que abusa de ti; otro motivo es que a estas mujeres la familia y la cultura le impiden dejar al abusador. Sin embargo, la parte fundamental por la que esta tesis fue considerada, es el modelo terapéutico de tratamiento que propone.

La tesis en cuestión, propone en su capítulo tercero diferentes tratamientos terapéuticos de la codependencia, al igual que la presente investigación son considerados el psicodinámico, el humanista, el conductual, derivando en el cognitivo conductual como aquel que presenta una mejor prospectiva de éxito. No obstante, no llega a utilizar la terapia breve estratégica, como una medida de solución para la atención de personas que atraviesan por un estado de codependencia.

4. Entrenamiento cognitivo emotivo conductual para el manejo de la dependencia y codependencia emocional en la comunidad universitaria. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología, presenta Gabriela López Vásquez; asesores Juana Alejandra Villagómez Ruiz, Julieta María de Lourdes García Pérez, Gerardo Reyes Hernández.

Por otro lado, en el año de 2013 se surge esta tesis que tiene un carácter aún más práctico de la aplicación de la teoría cognitivo conductual,

En el mismo estudio, lleva lugar a la aplicación de un entrenamiento cognitivo emotivo conductual mediante un taller vivencial dirigido a la comunidad universitaria, para aportar conocimiento y habilidad necesarias que propicien un manejo adecuado de la dependencia y Codependencia emocional en las relaciones interpersonales.

La construcción de esta investigación tiene un formato metodológico más sólido, dado que es una investigación cuasi experimental de un solo grupo aplicando un diseño Pretest-Postest. El comparativo, con respecto a la presente investigación, será descrito en el apartado correspondiente.

5. La codependencia en las relaciones de pareja: sus manifestaciones y alternativas de tratamiento. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología, presenta Adriana Morales Colmenares; asesor Yolanda Bernal Álvarez.

Finalmente, en esta investigación haremos la comparación con la tesis de Adriana Morales quien presenta un estudio que hace referencia a los factores que pueden propiciar la incidencia de conductas y patrones propios de la codependencia emocional.

Extranjeras:

1. Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia emocional–IDE. Tesis para la obtención del grado de licenciado en Psicología, desarrollada por Jesús Aiquipa para la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima Perú.

Así como fue mencionado, en el apartado inicial de este capítulo, haremos una revisión a dos de las tesis más interesantes encontradas en universidades de Latinoamérica. En este caso, la que presenta un fundamento para poder generar un inventario de dependencia emocional y que se encuentra muy relacionado con la manera en la que se hace la validación del estudio que mide la variable independiente correspondiente a esta tesis.

2. Rodríguez, D., & León, N. (2015). Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. Tesis Facultad de Ciencias sociales y Humanas.

Finalmente, como fueron revisadas diferentes tesis e investigaciones que se llevaron a cabo en otras universidades sobre el tema, se decidió incluir la tesis de Rodríguez, dadas las condiciones en las que habla de un afrontamiento propios de la interpretación de la realidad particular, que es lo mismo que se lleva a cabo en la terapia breve estratégica propia de esta investigación.

Comparativo 1. Factores que influyen en el establecimiento de la codependencia emocional en jóvenes universitarios de 20 a 22 años: propuesta de intervención.

La propuesta:

En la investigación de Segovia (2018), se afirma que las relaciones de pareja crecen y cambian conforme pasa el tiempo, se afirma que esto puede ser explicado al encontrarse en una relación emocional inicial, que no sucede lo mismo cuando se han pasado meses de relación. Se destaca que los comportamientos del codependiente generan obsesión para sentir que es necesario en la vida de otros, mantiene relaciones de emocionales a base de abusos y humillaciones, por su temor a ser abandonado o rechazado.

En su estudio se afirma, que la codependencia es una adicción a las relaciones de pareja, es un patrón que se crea la misma persona al relacionarse con personas destructivas incapaces de amar. En este patrón se incluyen creencias sobre la visión de sí mismo y la capacidad para desarrollar y forma relaciones interpersonales con otros, así como la soledad y el miedo a la separación.

Aunque la investigación tiene corte humanista, en este punto se encuentra la primera convergencia, ya que Segovia (2018) habla de diferentes patrones de comportamiento que pueden describir la conducta codependiente. Entre los mismos se encuentran:

- Relaciones desequilibradas, basadas en la sumisión, y la subordinación.
- Necesidad excesiva del otro.
- Control excesivo sobre los demás, se produce sufrimiento y necesidad de aprobación de la pareja.
- Comportamiento vigilante controlador por miedo a perder la pareja.
- Poca habilidad social, dificultades relacionarse con otras personas.
- Presencia de autoestima baja, miedo e intolerancia a la soledad.

Para Segovia, al igual que en la presente investigación, el dependiente emocional acepta desprecios y maltratos como algo habitual, tiende a sentirse atraído por personas que logran aparentar una fuerte seguridad y mantienen una personalidad dominante; emocionalmente, se “engancha” a la otra persona, la justifica, la idealiza y poco a poco, sin darse cuenta la coloca por encima de sí mismo, sin que exista una equidad en la relación.

Por supuesto, y como fue previsto en el apartado introductorio de este capítulo, la principal diferencia con la investigación presente radica en el tratamiento propuesto, ya que en la tesis que se está comparando, se considera al modelo humanista como una de las opciones más convenientes para el tratamiento de la codependencia emocional.

Antes de iniciar con el tratamiento que propone, es importante destacar que en el estudio se plantean diferentes etapas de la codependencia, basados en la observación de los procesos de autoestima, que se asemejan en gran medida a los patrones propios de la tesis que se planteará en esta ocasión. Las etapas planteadas son baja autoestima, represión, obsesión, control, negación, dependencia, comunicación débil, límites débiles, falta de confianza, ira y problemas sexuales. Todos ellos descritos y categorizar en el capítulo segundo del estudio.

Ahora bien, la propuesta de intervención planteada está basada en el modelo humanista, más exactamente en la teoría de la motivación de Abraham Maslow. En la misma se tiene una visión holística del ser humano, permeado de diferentes factores que producen en particular una experiencia única, incomparable, no factible de poder ser estandarizada. Al hablar de Codependencia, bajo esta perspectiva, ambas partes de la relación son dependientes a personas, objetos o sustancias para mantener su ritmo de vida, este tipo de actitudes la realizan los individuos sin estar conscientes de ello, pues se han desarrollado conductas adquiridas a lo largo de su vida.

Para esta visión el afecto es relativo, se puede manifestar de diferentes formas, es por esto que las relaciones emocionales, mantienen distintas formas que sólo dependerán

de cada persona y de la perspectiva particular que cada una de ellas tiene sobre su experiencia emocional.

La persona codependiente presenta un patrón de comportamiento donde aparece de inicio la conducta de perder o no ser aprobado, relacionarse con personas que por momentos le brindan placer y llenan su vacío emocional, generando dolor y sufrimiento al tratar de mantener su relación de pareja para no permanecer en soledad. Uno de los referentes de la perspectiva de satisfacción dentro de la pareja, se basa en que la personalidad puede ser utilizada para predecir qué tanto está satisfecha una persona consigo misma, con su relación de pareja, y qué tanto éxito percibe en dicha relación, sin implicar que debe de haber una similitud en cómo alguien se percibía asimismo y la interacción que mantiene con otra persona.

Segovia (2018), en este punto, llegó a la conclusión de que el modo en que los participantes se describían asimismo y a sus relaciones estaba poco vinculado con su comportamiento, uno con el otro dentro de laboratorio. Esto sugiere que es necesario investigar más a fondo cualquier relación de pareja, ya que cada ser humano es diferente y por lo tanto presidirá su relación emocional de un modo distinto.

El comparativo final, con respecto a la terapia propuesta por esta investigación, la terapia breve estratégica planteada, sí considera que existan similitudes en los patrones comportamentales de las personas que presentan una codependencia, para hacer efectivos los métodos que la terapia planteada independientemente del paciente que se encuentre en tratamiento. Es esta la principal distancia terapéutica con respecto a la propuesta de Segovia (2018).

Comparativo 2. Análisis de las causas que influyen en la codependencia emocional en el noviazgo de mujeres de 18 a 35 años.

En relación a la propuesta, De la Cruz (2017) la comparación guarda determinadas similitudes, ya que en este caso la investigación tiene como objetivo el análisis de las

causas probables en el que las mujeres de edad de 18 a 35 años desarrollan Codependencia hacia su pareja en una relación establecida de noviazgo.

Ubicando los factores predominantes en su círculo social próximo y estableciendo un estado inconsciente de dicha situación. Este tratamiento está basado en la teoría de Erik Erikson, que es una teoría psicosocial; en ella la codependencia se entiende como una condición psíquica en la que la persona que la padece presenta excesiva e inapropiada preocupación por otro individuo o un grupo de ellos; enfocándose en una codependencia emocional referente a un vínculo emocional excesivo de una persona a otra, englobando sentimiento y afectó dentro de una relación amorosa o romántica.

Una diferencia importante con respecto a la presente investigación se encuentra en el enfoque utilizado por la investigación, De La cruz (2017) quien basa su metodología en el enfoque cualitativo explicando cómo la fenomenología y la hermenéutica pueden explicar la interacción social que sucede entre las personas que presentan una codependencia emocional. Por tanto, nunca plantea un análisis estadístico o estandarizado de las variables que podría ser consideradas entre los factores que presentan como patrones comporta mentales, la conducta con codependiente.

Haciendo uso de la herramienta, entrevista a profundidad, De La Cruz (2017) encuentra que los participantes coinciden en la preocupación por sí mismas, colocarse en primer plano desde la perspectiva de la salud emocional para después brindar estabilidad emocional con su pareja como objetivo de la relación sentimental. Destaca de las entrevistas, la necesidad de las participantes en evadir la soledad como una razón para mantener una relación de noviazgo.

Aún y cuando el método de investigación no coincide con la presente tesis, se llegan a conclusiones importantes donde se afirma que la preocupación excesiva que se muestra hacia la pareja es importante, tanto como una muestra de amor y atención, se acordó por parte de los participantes que la razón o finalidad para estar con una pareja es la de sentirse acompañado, haciendo también referencia a la reciprocidad de cariño y atención que se espera recibir. Se encontró también, que la mayoría de las

respuestas son afectivas, lo que supone una imposibilidad para el análisis objetivo a los cuestionamientos que se les hicieron en orden de elaborar un juicio crítico referente a sus respuestas.

La propuesta de intervención es también de corte fenomenológico, por lo que dista de poder ser comparado con el presente estudio que sea planteada un tratamiento en particular en orden de observar la efectividad de la terapia breve estratégica en la solución de diferentes patrones comportamentales que pueden evidenciar un estatus de Codependencia en las acciones de conformación de pareja.

Comparativo 3. La terapia cognitivo conductual como alternativa para la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven.

De acuerdo con el planteamiento de Córdoba y Galindo (2015) existe una solución a partir de la terapia cognitivo conductual, en la atención de la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven. Como se ha referido, en el apartado introductorio de este capítulo, la principal convergencia con respecto a esta propuesta y la de la presente tesis, radica en el modelo paradigmático que se está planteando, puesto que, aunque la terapia cognitivo conductual no es la misma que la terapia breve estratégica, guardan semejanzas importantes con pueden ser que utilizan una moderna epistemología constructivista, es decir, ambas consideran que el sujeto es un constructor activo de la propia realidad y no víctima inerte de ésta, es artífice de las propias relaciones consigo mismo, los demás y el mundo, ambas han formulado rigurosos protocolos de intervención, ya sea basados sobre los diálogos o sobre prescripciones terapéuticas y ambos modelos utilizan un método empírico y experimental para la validación de sus técnicas y verifica los resultados.

En el estudio de la tesis en referencia, se llevará a cabo únicamente un estudio de caso con una mujer de 22 años de edad, la cual se encontraba en una relación de Codependencia, trabajando a lo largo de once sesiones y apoyados de la terapia cognitivo conductual para documentar lo resultados que pudieran hacer evidentes los beneficios del uso de este modelo terapéutico.

En el diseño de intervención los autores desarrollan diferentes estrategias basadas en modelos de Albert Ellis y de Beck. Utilizando el inventario de ideas irracionales de Ellis logran demostrar que la terapia cognitivo conductual basada en un modelo de intervención de once secciones, perfectamente documentadas puede mejorar la situación de Codependencia y de necesidad de relaciones codependientes del paciente que participa; no obstante, el modelo resulta más extenso que lo planteado por esta investigación, además que los referentes no son propiamente aquellos que podemos identificar como categorías de la codependencia. En el caso de la presente investigación, se planteará que la terapia breve estratégica puede alcanzar resultados aún mayores a partir de un ataque directo hacia las condiciones que prevalecen como patrones de comportamiento codependiente.

Comparativo 4. Entrenamiento cognitivo emotivo conductual para el manejo de la dependencia y codependencia emocional en la comunidad universitaria.

La tesis desarrollada en el 2013 por López, plantea el diseño elaboración, y aplicación de un entrenamiento cognitivo emotivo y conductual, mediante un taller vivencial dirigido a una comunidad universitaria, con la finalidad de aportar conocimiento y habilidad para que propicien un manejo adecuado de la dependencia y la codependencia emocional en las relaciones interpersonales. El taller se llevó a cabo en la facultad de estudios superiores Zaragoza, impartido en 20 horas con una población no probabilístico a de 35 participantes, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 28 años, siendo treinta mujeres y cinco hombres.

En el estudio se utilizó el inventario de dependencia y codependencia emocional en las relaciones interpersonales que cuenta con una confiabilidad de alfa de Cronbach para la dependencia emocional de 0.953.

Arribando a resultados significativos favorables en el manejo y conocimiento de la dependencia y codependencia emocional, así como cambios significativos en el manejo de sus relaciones interpersonales, en el aumento de su autoestima y disminución de sus cambios de estados de ánimo; concluyendo que la dependencia y

la codependencia emocional se pueden prevenir y enfrentar mediante la adquisición de habilidades y herramientas a partir de un entrenamiento cognitivo-emotivo-conductual.

Sin duda, la estrategia metodológica seguida en este estudio, plantean una convergencia importante con respecto al estudio de la presente tesis, el proceso de entrenamiento en el cual estuvieron involucrados los participantes, tiene similitudes importantes con el modelo de terapia breve estratégica que en este documento se pretende evidenciar.

Para este estudio se generaron indicadores con una claridad puntual, logrando la identificación de los cambios más visibles en la categoría de relaciones interpersonales, en particular en los indicadores de explosividad y descentralización hacia la pareja. Logrando modificación de planes, justificación de necesidades, angustia generada por separación y en la categoría de autoestima en el indicador de auto concepto pobre.

La similitud de objetivos perseguidos, tanto por este estudio como por la presente investigación, son impresionantes. No obstante, el objetivo de esta investigación no cambia, el modelo de terapia propuesto debe generar beneficios sustanciales con respecto a la modificación de los patrones comportamentales que determinan la codependencia emocional. De ser así, por supuesto que se genera un avance en términos de la construcción de la comprensión de un modelo de tratamiento de esta condición.

Comparativo 5. La codependencia en las relaciones de pareja: sus manifestaciones y alternativas de tratamiento.

El presente estudio propuesto por Morales (2013) desarrolla un encuadre y justificación sumamente valiosos, establece los elementos de la realidad actual de nuestro México a partir de los indicadores de violencia de género, violencia generalizada, violencia familiar y finalmente condiciones sociales, donde se puede sustentar de manera

cultural la fuente de la codependencia emocional, de la que son víctimas principalmente personas del género femenino.

Una de las principales convergencias con el estudio que en esta ocasión se desarrolla, versa sobre los diferentes tratamientos terapéuticos que se llevan a cabo en la atención profesional del fenómeno codependiente, se consideran descripciones de la terapia psicodinámica, humanista, conductual, cognitiva y sistémica para hacer un análisis de las principales aportaciones que cada uno de los modelos podría llegar a proponer en orden de la solución hacia esta condición y problemática. En realidad, la propuesta está dirigida hacia una intervención integral terapéutica, elemento que es poco viable para ser documentado y evidenciado como un procedimiento que pueda generalizarse a diferentes casos que se encuentren presentando características y patrones comportamentales propios de la codependencia.

No obstante, sus pretensiones, el estudio no desarrollan propuestas de intervención para la solución de la situación codependiente emocional de las personas que lo parecen, se centra y desarrolla los diferentes factores sociales, genéticos, individuales y culturales que promueven su incidencia.

Comparativo en Latinoamérica.

En el caso del comparativo internacional, dado que las condiciones sociales y culturales, a pesar de ser semejantes, mantiene en distancias importantes que hacen inviable para realizar una comparación que permita homologar los factores que inciden en la prevalencia de patrones de comportamiento codependiente.

MÉTODOS

Enfoque Metodológico y Tipo de diseño.

El enfoque que conducirá la presente investigación será mixto, basado en el uso de registros de variables mensurables, así como el uso de un instrumento estandarizado para el carácter cuantitativo, mientras que la visión de investigación fenomenológica construye la parte cualitativa, tal cual será descrito en las líneas siguientes. El carácter preponderantemente cuantitativo de las conclusiones a las que se llegará con el estudio, no cancela el uso de metodología que describe el fenómeno.

Al estar utilizando un estudio de caso como modelo de indagación, no debe soslayarse que el mismo se podría definir como una investigación en la cual mediante los procesos cuantitativo, cualitativo y/o mixto se analiza profundamente y de manera integral una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría. Hernández y Mendoza (2008 citados en Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. 2010) mencionan :“Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.” (p.546)

Por parte del diseño de investigación seleccionado, el de la presente investigación es preexperimental para la parte cuantitativa. Ávila en el 2006 menciona que bajo este diseño se analiza una sola variable y prácticamente no existe ningún tipo de control. No existe la manipulación de la variable independiente ni se utiliza grupo control.

“Lo que distingue, al diseño fenomenológico de otros diseños cualitativos es la o las experiencias del participante o participantes como centro de indagación“ (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p. 712).

Como pudo observarse en la construcción del encuadre de este documento, las relaciones sobre este modelo de terapia específico y su influencia sobre los patrones

de comportamiento estudiados, no tienen precedentes directos, por lo que también un diseño preexperimental se presenta como el más adecuado, no sólo por las características del fenómeno estudiado.

En esta investigación se presenta el estudio de múltiples casos de método mixto donde a través de la aplicación del Instrumento de Codependencia (ICOD Cuestionario) se hará la recolección de datos cuantitativos a través del diseño preexperimental que permita evaluar el fenómeno de codependencia en mujeres mexicanas, en conjunto con una entrevista semi-estructurada que sea funcional para detallar y profundizar sobre el análisis de los casos así como integrar cualitativamente el diseño fenomenológico de las experiencias de los usuarios codependientes, así como en la implementación de intervención de la Terapia Breve Estratégica a fin de generar una modificación y un cambio en los patrones de conductas que afectan sistemas a nivel individual, de pareja y en hijos de mujeres que son codependientes emocionales.

Variables Cuantitativas.

Variable Independiente

Tratamiento de Terapia Breve Estratégica.

-Definición Conceptual:

"... Una terapia se considera estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está diseñada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz." (Haley, 1980b, citado por Aramberri, 2002, p. 3)

La misma ya ha sido descrita en el encuadre, por lo que la operacionalización se mantendrá para efectos metodológicos en su implementación como tratamiento.

-Definición Operacional:

El tratamiento de Terapia Breve Estratégica, será evaluado y analizado por la comparación de los resultados obtenidos del instrumento ICOD, aplicado como pre-prueba y pos-prueba, de una evaluación estandarizada de los factores codependientes donde el instrumento se compone de 30 reactivos con respuestas de 0 (no), 1 (poco), 2 (regular) a 3 (mucho), por medio de la cual la obtención de igual o mayor a 32 puntos califica como codependiente, lo que se pretende es que al realizar la pos-prueba los factores que evalúa el instrumento ICOD con puntaje elevado en la pre-prueba, muestren una evaluación por debajo del puntaje obtenido antes de someterse al tratamiento.

Variable Dependiente

Codependencia

“Codependiente es un comportamiento aprendido expresado por dependencias en las personas y cosas fuera de sí mismo; estas dependencias incluyen negligencia y disminución de la propia identidad. El falso yo que emerge es frecuentemente expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros desórdenes que además incrementan la alienación de la identidad verdadera, adoptando una sensación de vergüenza”. (Whitfield 1991, citado en Noriega 2013 p. 10)

“Un problema de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras personas, sin tomar en cuenta las propias. Se encuentra asociada con: Un mecanismo de negación, un desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y una orientación rescatadora hacia los demás.” (Noriega, 2013, p. 15)

Definición Operacional:

Instrumento ICOD (Instrumento de Codependencia)

El ICOD se encuentra formado por 30 reactivos con repuestas en el rango de 0 (no) a 3 (mucho). El punto de corte utilizado para diferenciar no casos de casos probables que tengan igual o mayor a 32 será casos probables de codependencia. Para utilizar el ICOD, se le pide a la paciente que responda cada una de los reactivos, marcando con una X la respuesta que mejor corresponda y anotar el número de su respuesta (0, 1, 2,3) en la columna "Puntuación" a la derecha. El puntaje total se obtendrá por medio de la sumatoria de la puntuación a cada una de las repuestas.

Factorial del ICOD:

Evaluar los puntajes por cada uno de los factores que mide el ICOD, los cuales se desglosan en los párrafos siguientes. Para llevar a cabo esta evaluación, hay que utilizar el formulario denominado ICOD, en seguida habrá que sumar el puntaje por cada factor para determinar su peso y obtener un puntaje más detallado sobre el o los factores que habrá que enfatizar en el tratamiento del paciente.

Hipótesis:

Hi: El modelo de intervención denominado Terapia Breve Estratégica, modificará significativamente los modelos de comportamiento que influyen en la dinámica que mantiene las conductas codependientes.

Ho: El modelo de intervención denominado Terapia Breve Estrategia, no modificará significativamente los modelos de comportamiento que influyen en la dinámica que mantiene las conductas codependientes.

Muestra:

La muestra seleccionada, dadas las condiciones del diseño no es paramétrica, tampoco los participantes atravesaron un proceso de selección aleatorio de un universo definido o de una población específica.

Al tratarse de estudios de caso, los participantes se encuentran elegidos de los pacientes que solicitan atención psicológica en consultorio ubicado en el Municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México, quienes solicitan la atención refiriendo conflictos familiares con sus hijos y parejas.

Las edades de los pacientes oscilan entre los 26 años y 38 años de edad, algunas de ellas se encuentran con parejas actuales, en la investigación se perfila a pacientes con conductas codependientes emocionales y patrones conductuales codependientes, se realiza un filtro con un cuestionario que mide factores de Codependencia en mujeres mexicanas, iniciando un tratamiento terapéutico de intervención de Terapia Breve; centrada en soluciones y técnicas para conseguir el cambio, cabe resaltar que en el núcleo familiar de las pacientes codependientes existe siempre una dinámica disfuncional entre ellas y sus hijos.

Los pacientes hijos de las parejas disfuncionales oscilan entre los 8 años de edad y 13 años, se perfilan inseguros, con conductas impulsivas como; comer por ansiedad, tener comportamientos violentos o mantenerse indiferentes en la interacción con el núcleo familiar.

Instrumentos:

ICOD Cuestionario, Instrumento de Codependencia, Gloria Noriega Gayol, 2011, Manual Moderno

Objetivo General del Instrumento:

Investigar la prevalencia de codependencia en una muestra de mujeres mexicanas para describir los factores asociados con la presencia de este problema.

Descripción del instrumento:

El Instrumento de Codependencia (ICOD) es una prueba de tamizaje para detectar los casos de codependencia dentro de la relación de pareja.

El ICOD tiene fuertes bases en la literatura correspondiente al tema, la experiencia clínica de la autora y un estudio piloto. El instrumento se compone de 30 reactivos con respuestas de 0 (no), 1 (poco), 2 (regular) a 3 (mucho).

Para su validación se llevaron a cabo dos estudios: el primero tenía como fin analizar la estructura factorial y la consistencia interna del instrumento y se llevó a cabo en una muestra de 230 mujeres de 18 a 65 años, que habían vivido con una pareja heterosexual por lo menos durante un año, y que habían acudido a consulta a un centro de salud. Este estudio consistió en una encuesta en la que el ICOD se administró en forma autoaplicada. El segundo estudio como objetivo determinar la capacidad del instrumento para discriminar entre casos y no casos de codependencia.

Factores que mide el ICOD:

Mecanismos de negación:

“Se manifiesta con autoengaños y justificaciones, por medio de los cuales la mujer descalifica sus pensamientos y emociones, a la vez que evita el contacto con otras personas que puedan confrontarla con la realidad; así mismo, la persona presenta dificultades para establecer límites con la pareja y confusión al pensar en los problemas de ésta sin reconocer su problema personal”. (Noriega, 2011, p.2).

Cuenta con un número de 12 reactivos.

Desarrollo incompleto de la identidad:

“Se debe a un desarrollo infantil interrumpido por situaciones disfuncionales, en donde la mujer desde niña toma un papel de responsabilidad precoz, a la vez que invierte el papel de padre o madre con sus propios progenitores y queda atrapada en una simbiosis no resuelta con ellos, a la espera de algún día poder cubrir sus anheladas necesidades de apoyo, cuidados y protección. Por ello, vive en función de cubrir las necesidades de los demás como una manera de compensar sus propios sentimientos de miedo e inseguridad y le resulta difícil tomar decisiones porque internamente se siente incompleta” (Noriega, 2011, p.2)

Cuenta con un número de 8 reactivos.

Represión emocional:

“La mujer no expresa su disgusto porque teme ocasionar problemas y perder la aceptación de los demás. Trata de ser prudente y comprensiva con todos, a la vez que reprime sus emociones y sentimientos. Procura mantener el control de las situaciones para evitar conflictos, discusiones o situaciones desagradables” (Noriega, 2011, p.3)

Cuenta con un número de 5 reactivos.

Orientación rescatadora:

“Para sentirse segura de sí misma, la mujer trata de controlar su ambiente buscando resolver los problemas de los demás. Sus actitudes son de perfeccionismo, trabajo desmedido y exagerada responsabilidad, que le disgustan o a sentirse agotada, pero que acepta de manera abnegada porque es así como se siente querida y valorada por los demás” (Noriega, 2011, p.3)

Cuenta con un número de 5 reactivos.

-Ficha de identificación.

-Historia Clínica Multimodal. (Autora: Prof. Denis Hernández, Universidad Marthin Luther).

-Entrevista semi-estructurada

Entrevista semi- estructurada para conocer más sobre las conductas que son calificativas de personas codependientes basada en investigaciones anteriores.

-Cuestionario cualitativo del ICOD.

Cuestionario cualitativo para conocer el cambio que experimentaron las pacientes después del tratamiento TBE.

Materiales:

Hojas blancas.

Expedientes.

Manual de aplicación.

Cuestionario-Formulario.

Papelería básica.

Cinta adhesiva.

Plastilina.

Espejo.

Pizarrón.

Procedimiento:

Fase 1

Se eligieron, a través de una entrevista semi-estructurada dos casos para ser analizados en esta investigación.

Los pacientes fueron registrados de acuerdo a los procedimientos clínicos con la apertura del expediente, se consideraron ficha de identificación, el motivo de la consulta y se les realizó una historia clínica.

Aquellos que presentaban posibles patrones conductuales de codependencia emocional identificados desde la referencia inicial eran sujetos de la evaluación por medio del cuestionario estandarizado ya descrito en los instrumentos.

Cuando los candidatos eran sujetos probables del tratamiento clínico se les explicaba la razón y motivo de este estudio y los beneficios científicos que de él se podrían derivar; en orden de solicitar su consentimiento escrito para que sus datos de

diagnóstico y resultados puedan ser documentados en este estudio. Asegurando que cualquier dato de identidad no será registrado para efectos de la protección de su información.

Los dos casos más idóneos fueron seleccionados.

Fase 2

La intervención. Una vez evaluada la idoneidad de los casos a partir del cuestionario ICOD ya descrito y establecido un diagnóstico inicial, basado en la historia clínica de los participantes. Se inicia la fase de tratamiento.

El tratamiento recibido se basa en un proceso terapéutico que consta de actividades y tareas formuladas a partir de las necesidades de cada uno de los participantes, (las cuales se tomarán en cuenta por los factores que tengan más alto puntaje en ICOD) proporcionado eficazmente a través del diálogo una inserción e incorporación de ciertas conductas que rompan con la dinámica de codependencia.

Se realizan acciones de seguimiento posteriores al tratamiento y que se encuentran contempladas en el mismo, además de las sugerencias y acciones que se le otorgaron al paciente en orden de que fueran implementadas en lo subsecuente en su entorno emocional.

Fase 3

Post evaluación. A partir de una entrevista semiestructurada, y de nuevo una referencia al cuestionario ICOD a manera de post prueba, se establece una referencia sobre los avances que se tienen, en particular con respecto a los patrones de comportamiento que evidencian una codependencia emocional manifiesta.

Esto constituye dos tipos de resultados de acuerdo a su enfoque y los mismos permiten identificar el nivel de influencia que tiene el modelo terapéutico sobre la satisfacción desarrollada en el paciente con respecto a su demanda inicial.

De este trabajo derivan las sugerencias de desarrollo en intervención clínica, así como las conclusiones y análisis objeto de este estudio.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

CASO 1.

Frecuentemente los pacientes codependientes llegan al consultorio por motivos como:

Mi pareja me dejó, no comprendo porqué mis relaciones no funcionan, quiero saber qué estoy haciendo mal para que mi pareja no quiera estar conmigo, mis familiares o amistades me sugirieron buscar ayuda porque me ven mal, me siento muy triste porque no logro hacer feliz a mi pareja.

Y muchos otros llegan a consultorio con otra clase de demandas de consulta. A continuación daré ejemplos breves de motivos de consulta:

En el primer caso el motivo de consulta, fue descrito que el primer hijo de una pareja que actualmente están separada, se menciona que se ha vuelto muy violento, que presentaba enuresis y que frecuentemente no llevaba tareas a la clase.

Breve introducción de exposición del caso:

Cuando el niño entra en el consultorio su actitud es temerosa, se comenzó con interactuar, jugando unos minutos y logrando la empatía para iniciar la interacción verbal, el menor expreso que lo habían llevado porque había amenazado a un compañero en la clase, conforme avanza la sesión resaltan dos factores importantes, el primero una escena de violencia domestica ocasionada por su padre quien agredió a su madre, y la segunda, hace mención de las diferentes parejas que sus padres han tenido, cabe mencionar que actualmente él vive en un cuarto pequeño, con su madre y cuatro hermanos de los cuales tres son de diferente pareja, hace mención que todos duermen en una cama, y que con anterioridad cuando su padre biológico vivía con ellos todos los hijos dormían en el piso. Se prosiguió con una exploración de cómo es la dinámica familiar donde resalta que mamá trabaja todo el día, y cuando llega a casa solo quiere dormir, que su padre nunca ha pasado tiempo con ellos y si lo solo es por un plazo menor a 15 minutos.

Un dato relevante es que el menor adora a su padre y entiende que su mamá pase tanto tiempo trabajando para darles algo mejor, esto con palabras que él menciona. El diálogo denota que la calidad de sustento económico y sustento afectivo es bajo así lo cual es aparentemente visible. Se realizaron dinámicas con el menor y se dejaron tareas acordes al manejo de la ansiedad e ira.

Se expondrá la relevancia de este caso:

Al estar en sesión con su mamá entre dialogo, ella considera que todos los problemas están relacionados a que se separó de su primera pareja y que no ha podido establecer una relación formal con ninguna de las otras parejas.

Ella tiene 26 años de edad, es empleada en una cremería, su grado escolar es secundaria, tiene cinco hijos de los cuales menciona, “dos son de un mismo papá y los otros tres son de diferentes parejas”. La relación de pareja con mayor duración fue de cuatro años, sin embargo, después de esta relación las otras han tenido un plazo menor.

Ente la información desta que actualmente tiene una relación con un hombre que no es padre de ninguno de sus hijos con quien tiene diez meses de vivir juntos, de la cual menciono no saber cómo terminarla, ya que refiere, toma mucho y no es detallista, entre risa dice que es celoso, (desde perspectiva observada y pregunta directa, refiere que este último punto no le molesta siempre y cuando no le prohíba salir), la relación con los hijos al inicio era buena y actualmente se ha vuelto mala, refiere, que se ha vuelto poco tolerante con sus hijos.

Mención del comportamiento que refieren sus hijos mayores de la paciente:

“Cuando ella tiene pareja se vuelve muy enojona, nos regaña, nos pega por todo, y cuando está sola es muy diferente nos abraza y pasa poquito más tiempo con nosotros”.

“Ella siempre pelea con todos, no le gusta que hablemos con nadie de que vivimos con su nueva pareja, siempre nos dice que digamos que solo vivimos nosotros seis”.

“Ella, casi no está en casa porque trabaja mucho y cuando esta esta con su celular o lavando nuestra ropa, gritando y peleando con su pareja”.

“Luego si se va, no sabemos a dónde solo dice ahorita vengo, y es cuando no va a trabajar al mercado”.

“Solo cuando se enoja mucho, nos revisa las tareas, y su pareja se enoja porque grita mucho, dice, que ya está fastidiado, él ya no nos cae bien es muy enojón, y el otro día hasta estaba muy borracho y mi mamá nos sacó al patio para que él se calmara”.

“Antes cuando vivíamos con Iván, mi mamá nos acostaba a todos en el piso, para que él se durmiera en la cama, hasta que una vez se pegaron y lo corrió de la casa”

Con esto podemos notar que la paciente da prioridad a sus parejas y tiene una afectación emocional cuando se encuentra dentro de las relaciones con las mismas, sin embargo, es de resaltar que las afectaciones y dinámicas afectan también a sus hijos.

CASO 2.

En el segundo caso el motivo de consulta, como se mencionó con anterioridad está relacionado a consultas que son dirigidas hacia otros miembros de la familia y no realmente para quien está buscando asistir a terapia, es decir, el siguiente caso es de una menor de edad que llegó a consultorio porque su mamá refiere no saber qué hacer con la mala conducta de su hija, descrito por la mamá el motivo de la consulta fue: “mi hija mayor, es indiferente en casa, me contesta como una persona mayor y pelea mucho con su hermana menor, ya no sé qué hacer con ella me desespera”.

Breve descripción del caso:

La menor de edad tiene 12 años, es la mayor de un matrimonio y quien vive con sus dos padres y una hermana menor.

La menor de edad, entra al consultorio e inmediatamente expresa que está ahí porque le responde a su mamá de una manera ofensiva, menciona que lamenta hacerlo pero que luego no siente que la tomen en cuenta, expresa sentirse rechazada por su madre, en el desarrollo de la sesión hace mención de que la relación de sus padres no es buena y cree que eso es lo que hace que todos estén mal en casa.

Su padre viaja mucho por su trabajo, comenta que cuando él llega a estar en casa la mayor parte del tiempo sus padres se la pasan gritan y pelean, con discusiones muy fuertes, incluso hace mención de haber estado presente cuando su mamá amenazo a su papá con un cuchillo de cocina, por haberle engañado, este episodio tiene unos 2 años atrás, mas sin embargo, es el desencadenante de cómo están llevando ahora la dinámica familiar.

La menor dice que le ha preguntado a su mamá si es feliz, ella dice estar triste porque no le da ninguna respuesta.

En este caso la menor refiere que sus padres estarían mejor si se separaran por que la relación no está siendo buena, pelean se gritan, se han llegado a empujar, su mamá corre constantemente corre a su papá de casa.

En el diálogo con su mamá de la menor, se menciona que las hijas suelen jugar a imitarlos (a ella y a su pareja). Como se puede ver evidentemente los patrones de interacción familiar están siendo seguidos por las hijas menores, en ocasiones realizan imitaciones competas de las discusiones que sus padres han llegado a tener, esto es un punto clave en un sistema familiar, se responde con las conductas aprendidas permitiendo ver evidente la dinámica que están viviendo en casa en cuanto a la interacción de ellas hacia sus padres y de los padres en sí mismos.

Relevancia del caso:

Durante la sesión se hace la pregunta, ¿Cuál, considero usted fue el evento o la palabra más mencionada para quejarse de los conflictos en casa? , a lo que la mamá de la paciente responde los problemas que tengo en con mi pareja, en este momento ella solicita también la atención para iniciar un trabajo terapéutico.

Ahora la paciente tiene 38 años de edad, trabaja realizando aseo en una casa, lleva un matrimonio de 12 años, donde han existido infidelidades, rechazo en la intimidad, actos de celo por parte de ella al grado de amenazar a su esposo con un cuchillo, episodios de violencia de parte de ella así él. Incluso ella ha recibido llamadas de parte de una mujer quien dice ser amante de su pareja.

En cuanto a la relación con sus hijas ella hace mención que con la menor no tiene ningún problema pero con la mayor le es difícil poder acercarse, que no le nace abrazarla, porque tiende a ser muy dura con ella y decirle que está mal, que para que siguen viviendo juntos como pareja si todo el tiempo pelean. De ahí, está el rechazo, la hija menor confronta a mamá, para hacerse responsable y tomar una decisión sobre lo que está ocurriendo en casa, por ende el rechazo.

Mención de los comportamientos que refieren sus hijas de la paciente:

“Grita, se enoja todo el tiempo”

“Pelea mucho con papa, no dejan de estar gritando, lo corre de la casa y luego va atrás de él para que no se valla”

“Luego está llorando, porque no es feliz y no nos dice nada si le preguntamos qué pasa”

“Cuando tenemos que salir a una fiesta, se cambia muchas veces. Luego se enoja porque dice que esta gorda, se ve fea y ya no salimos”

“No le gusta salir sino esta mi papa, solo vamos al trabajo a la escuela y a veces hasta nos quedamos a dormir con mi abuelita, para no regresarnos”

“A veces a mi mamá, le gusta dormir con mi abuelita”

“Ella, llega a gritar y a pegarle a mi papá, cuando se enoja mucho, no es un golpe feo pero si lo avienta”

APLICACIÓN DEL ICOD.

Interpretación de resultado del cuestionario pre-prueba del ICOD.

Caso 1.

Como indica el ICOD los pacientes que tienen una puntuación total mayor o igual a 32 son posibles casos de mujeres codependientes que requieren de un posible tratamiento, en este caso podemos observar que por lo desarrollado en la historia clínica multimodal, en conjunto con la entrevista de dialogo estratégico con sus hijos y con ella misma, la mujer presenta características codependientes, dando a resaltar que en el cuestionario ICOD obtuvo un puntaje de 56.

Caso 2.

Como indica el ICOD los pacientes que tienen una puntuación total mayor o igual a 32 son posibles casos de mujeres codependientes que requieren de un posible tratamiento, en este caso podemos observar que tiene características y conductas que son de carácter impulsivas, en el desarrollo de la historia clínica multimodal, en conjunto con la entrevista de dialogo estratégico con sus hijos y con ella misma, la mujer presenta rasgos de codependencia y no solo relacionado a su pareja. En la aplicación del cuestionario ICOD obtuvo un puntaje de 47.

DIAGNÓSTICO.

Es relevante mencionar que en los manuales y tratados de clasificación diagnóstica como son el CIE-10 y el DSM III, III-R, IV Y V, no consideran dentro de sus categorías diagnósticas a la codependencia, solo clasifican a la dependencia, en el apartado de trastornos de personalidad del grupo C por dependencia, por lo cual, el diagnóstico fue realizado a partir del instrumento para detectar en población Mexicana la codependencia, haciendo relevancia que se tomó en cuenta con este instrumento la prevalencia y sus factores asociados, encontrando los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de esta misma: “una historia de alcoholismo o adicción , violencia doméstica (física, verbal, psicológica, sexual o todas las anteriores) en la familia de origen , la pareja que abusa del alcohol o drogas, pérdida afectivas tempranas (por muerte o separación de uno de los padres, una persona en la familia con una enfermedad crónica física o mental), violencia por parte de la pareja (Física, verbal, psicológica, sexual), conducta de sumisión o inversión de los roles con los padres. Donde se recomienda la aplicación del ICOD a mujeres que han estado o están expuestas a cualquiera de estos factores de riesgo” (Noriega, Ramos, Medina-Mora y Villa, 2008, VII)

Por ende el diagnóstico se asocia a un guion de patrones que fueron presentados en el ICOD, así como tomando en cuenta los instrumentos que exploraron la historia clínica multimodal y la entrevista semi-estructural con base de estos factores de riesgo.

Caso 1.

En el presente caso por la información arrojada por los instrumentos anteriores la paciente es diagnosticada con codependencia, por patrones de riesgo presentados en sus relaciones interpersonales y los rasgos presentados de baja autoestima, falta de límites, intentos de manipulación, rasgos de orientación rescatadora y relaciones de pareja con personas alcohólicas , violentas , con problemas en su entorno familiar e irresponsables.

Caso 2.

En el presente caso por la información arrojada por los instrumentos anteriores la paciente es diagnosticada con codependencia, por patrones de riesgo presentados en sus relaciones interpersonales y los rasgos presentados de baja autoestima, falta de límites, impulsividad, manejo de ira por el intento de controlar, rasgos de orientación rescatadora y su relación de pareja con una personas infiel, alcohólica, que utiliza la violencia verbal, psicológica y la manipulación, con poco interés en la convivencia familiar (padre ausente) y con pérdida total de contacto físico / sexual.

INTERVENCIÓN.

Se empleó la Terapia breve estratégico, en base a pasos hacia una cambio de percepción de la realidad, para romper círculos viciosos, basada en los principales representantes de esta Paul Watzlawick y Giorgio Nardone.

En el apartado de los anexos se encuentran las fichas de planeación de sesión de las sesiones que se llevaron a cabo en esta investigación.

La intervención consistió en 15 sesiones, de las cuales se llevaron a cabo una por semana o incluso después de dos semanas, esto dependiendo de la prescripción que se dejaba a las pacientes, sin embargo, es importante mencionar que fueron consideradas las 15 sesiones debido a que era el número que al inicio de esta terapia se consideraban para el tratamiento, sin embargo, actualmente esta condición se ha ido modificando y actualmente se consideran todas las sesiones que el paciente requiera para alcanzar los cambios deseados.

“...crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. Por ello, la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente”. (Nardone y Watzlawick, El arte del cambio. Herder. 1992, p. 74 y 75).

Se hace mención a ello, porque se debe incluir en la evaluación inicial el modelo comunicativo del cliente y del entorno en que se desenvuelve para generar de ahí las intervenciones.

Las indicaciones terapéuticas para la utilización de esta terapia descritas por Oviedo en 2015 son:

- Fobias, obsesiones y compulsiones, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, drogodependencias y presuntos trastornos psicóticos.

Como se mencionó en capítulo del apartado II de esta investigación el enfoque estratégico es una escuela de pensamiento sobre cómo el ser humano se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo, en el modelo sistémico la persona es representado dentro de un contexto con el cual interactúa, no se la toma como un ser autónomo o aislado, sino como una entidad en un sistema de relaciones múltiples. Por tal motivo, vivimos y funcionamos dentro de una causalidad circular y no lineal en la que la relación entre las variables de un fenómeno es una relación de causalidad recíproca. En otras palabras, cada una de estas variables funciona en virtud de las demás, por lo que cada elemento dentro de un sistema emite y simultáneamente recibe información. De ahí nace el concepto del feedback.

En la esta terapia se habla de la postulación de constructiva, por ende en la aplicación de estos casos fue que las pacientes percibieran su realidad en la que están incluidos sus problemas, para lograr una interacción entre ellas y su realidad, que conlleva como se comunica e interactúan. Por ende, la construcción de su realidad está basada en lo que sufren, motivo por el cual, se modificó la perceptiva de las pacientes dentro de su proceso de construcción, cambiando también su reacción.

En esta terapia se desenvuelve también lo que se conoce como cibernética de 2º Orden, donde los pacientes son los que determinan los objetivos a seguir en el proceso terapéutico, por ende es importante hacer mención que aunque esta intervención está

basada en romper patrones de codependencia, los objetivos deben empatar con su motivo de consulta del paciente, es decir, en estos casos:

Paciente 1: la paciente refiere querer terminar una relación de pareja y que no sabe cómo romper , así como una mala conducta e interacción con sus hijos, la cual empata con la codependencia de conductas; rescatadoras, interacciones sin límites, relación con un alcohólico , intentos de manipulación, baja autoestima, mecanismos de negación.

Paciente 2: la paciente refiere que la relación con su esposo es de muchas discusiones, groserías, interacciones donde ella es muy impulsiva y una mala relación con su hija mayor, la cual empata con la codependencia de conductas; rescatadoras, interacciones sin límites, relaciones violentas, intento de control, ira, baja autoestima, mecanismos de negación.

En este enfoque también se lleva a cabo el Problema Solving Estratégico (PSE), o Solución Estratégica de Problemas , que consiste en experimentar alternativas de la realidad desde diferentes integrantes, tales experiencias perceptivas y corregidas pretenden conducir a que los pacientes cambien sus anteriores disposiciones emotivas, cognitivas y sus comportamientos disfuncionales, dentro del cual se plantea lo que se llama reestructuración modificada dentro de la TBE, con la cual se pretende cambiar la percepción de la realidad y de las relaciones del paciente, es importante referir para lograr estrategia en esta intervención de casos se llevó a cabo un dialogo entre madre e hijo, para confrontar la realidad que los dos tenían en relación a lo que se percibía desde diferentes ángulos dentro del sistema familiar.

Los “síntomas” o “problemas” son definidos en la Terapia Breve Estratégica como “quejas”, que son la dimensión funcional de un comportamiento que se desea mejorar o cambiar pero que el paciente no ha encontrado la manera de hacerlo adecuadamente. El que un comportamiento sea considerado adecuado o no depende en buena medida de la percepción e interpretación que la persona hace de una situación determinada, en este caso la situación de interacciones con sus hijos y pareja, donde se procura comprender el sistema sociocultural, personal y familiar en

el que aparecen las quejas y el modo en el que repercuten en el propio sistema de creencias, actitudes, valores y conductas del sujeto, haciendo relevante que estas integran cuestiones del presente con la finalidad de conocer todos los intentos fallidos en la resolución de conflictos, con fin de encontrar una solución no intentada para romper con los círculos vicios y patrones de conducta impropias de que representan la codependencia.

Con lo anterior mencionado es importante decir que la terapia se centra en posibilidades de los pacientes más que en la patología, es decir, el compromiso que el paciente tenga de cambiar y de intentar la construcción de soluciones, ya que es posible cambiar a todo el sistema a través del cambio en uno de sus miembros, motivo por el cual, este factor fue relevante para selección que se llevó a cabo para aplicar esta intervención en los casos de esta investigación, resaltando que los síntomas no solo fueron padecidos y explorados desde el punto de vista de los pacientes identificados sino de sus hijos de las mismas pacientes.

Entre los elementos que se tomaron en cuenta para la intervención fueron:

- Lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- El modo en que el problema presentado funciona dentro de ese sistema relacional.
- Como las pacientes han tratado hasta ese momento de resolver el problema (“intentos de solución”).
- Cómo es posible cambiar la situación problemática de manera rápida y eficaz.

Fases del tratamiento que se debe seguir según los autores Nardone y Watzlawick:

1) Crear una atmósfera sugestiva y saber que la relación va dirigida siempre al cambio.

El terapeuta toma una parte muy activa y usa un lenguaje concreto formulando preguntas estratégicas que permitan al paciente descubrir aspectos que no conocía. Esta fase de indagación e investigación provoca ya el primer cambio. El terapeuta usa en ella diversas técnicas de comunicación como redefiniciones, parafrasear,

metáforas, aforismos, etc., a fin de concretar y redefinir el contenido de lo que va saliendo. El objetivo es que el paciente se sienta a gusto, comprendido, convencido de que es él quien lleva las riendas, que se sienta protagonista de la relación y, en consecuencia, responsable de su cambio.

2) Una vez entendido el problema se aplican las estrategias adecuadas (reencuadre, prescripción de paradojas, la ilusión de alternativas, etc.) para desbloquear la situación. En esta fase el paciente va comprobando sesión a sesión cómo se producen cambios notables en sus hábitos y en su comportamiento. Normalmente las sesiones tienen lugar cada semana o cada dos semanas, manteniéndose en ese tiempo el efecto sugestivo y siendo un buen plazo de tiempo para que la prescripción manifieste claramente sus efectos. De ese modo también se potencia la independencia del paciente que nota cómo va mejorando sin la presencia constante del terapeuta. Eso le da confianza, motivación y aumenta su autoestima, manteniendo que se vuelva responsable ante el cambio.

3) Una vez que se ha producido el cambio y con objeto de que el paciente se responsabilice cada vez más, el tono del terapeuta se vuelve menos sugestivo, siendo ahora más confrontado. Se discute para que emerja la confianza en sus recursos activos. Se le reta y se le provoca para que surja la consciencia hasta que, finalmente, él mismo declare que ha superado los problemas que tenía. Se le pide entonces que evalúe su progreso de sanación en una escala de 0 a 10. Cuando declara 10 se considera que ha sido totalmente superado.

Las técnicas principales que se utilizaron en la aplicación de esta terapia son mencionadas en las fichas de planeación de sesión que se encuentran en los anexos:

- ✍ Definición del objetivo: Se transforma el problema en un proceso secuencial y se divide la solución en partes accesibles.
- ✍ Confección sugestiva: La solución fue propuesta como la prescripción por el terapeuta siendo presentada a través de metáforas, prescripción de síntomas, anécdotas, reestructuración.

✍️ **Reestructuración:** consiste en dar un sentido nuevo a determinada situación ayudando al paciente a salir de un círculo vicioso o de la seguridad que da su síntoma a la homeostasis familiar, logrando, con esto, formular un nuevo equilibrio en la dinámica de la familia y de su vida.

✓ En la intervención se realizó en diversas ocasiones la estructura a través de la utilización del diálogo estratégico donde se conlleva a utilizar el lenguaje del paciente para realizar percibir la realidad, como se puede ver explicada en las fichas de sesión.

La Reestructuración se llevó a cabo por medio de las siguientes bases:

✍️ **Intervención/Prescripción paradójica:** el terapeuta le pide al paciente que se concentre en su síntoma o problema conductual a través del aumento de la intensificación y frecuencia del mismo. Se le da al paciente una explicación racional de porqué debe intensificar la conducta indeseada como una forma de redefinir el problema de tal manera que el paciente vea alguna discrepancia en la credibilidad de la advertencia del terapeuta. Se puede ver en la ficha de sesión número

✍️ **Técnica del “como si”:** explicar al paciente que imagine como si la queja expuesta ya no se presentara, que imagine una situación vital en la que la queja ya no existiera. Esta estrategia puede facilitar el que el paciente genere hipótesis en las que pueda contemplar la posibilidad de superar la queja y cómo esto afectaría a sí mismo y a su entorno. Muy útil cuando se presentan resistencias.

✍️ **Reencuadre:** consiste cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura. Lo que

cambia, a resultas del reencuadre, es el sentido atribuido a la situación y no los hechos concretos correspondientes a ésta. Se puede ver las fichas de sesión.

✍ La ilusión de alternativas: es una técnica paradójal que se le ofrece al paciente con la ilusión de que él está tomando la decisión de algo en particular. Por un lado, el terapeuta construye la apariencia de dos opciones (puede ser una verdadera y otra parcialmente verdadera) y por otro le devuelve el “poder” al paciente o familiar ante la toma de la decisión, lo que se pretende con esta técnica es brindarle un beneficio al cual probablemente se pueda resistir, sin embargo en este sentido, se le ofrecen dos opciones benéficas, una no tan atractiva y otra mucho mejor. La idea es que el paciente aparentemente decida por la más cómoda, pero que decida con responsabilidad. Se puede ver en la ficha de sesión.

✍ Técnicas narrativas: como la externalización del problema o los distintos modelos de cartas (de invitación, de despedida, de predicción, etc.). El objetivo es ayudar al paciente a cocrear una realidad diferente. Esta se puede ver en la ficha de sesión.

En esta la terapia fue enfocada en quejas específicas, que tenían similitud en las dos pacientes, como se mencionó con anterioridad a fin de orientar el proceso terapéutico principalmente al presente y al futuro de los pacientes intentando cambiar su percepción, atreves de encontrar diferentes respuestas y que sean adaptativas para enfrentar dificultades futuras que estén relacionadas al respecto de la queja inicial.

Se realizó una pos-prueba después de las 15 sesiones que se habían planteado en la investigación para medir si había existido algún cambio o si había logrado eliminar el síntoma, en parte cuantitativa se puntuó con unidades por arriba de lo esperado por lo cual se marca no significativa, sin embargo, para la TBE si logro un cambio en la parte cualitativa que era modificar y romper círculos viciosos.

SEGUIMIENTO.

En el seguimiento de estos pacientes se empleara la implicación de sesiones que estén enfocadas en los factores que en la pos-prueba aun arrojan una puntuación alta en el ICOD a fin de lograr eliminar por completo el síntoma de codependencia y a partir de la última sesión se fija citas a 3 meses, 6 meses y 1 año como sesiones para mantener el cambio, donde es importante mantener el reconocimiento por los cambios logrados por el propio paciente, lo cual debe ser potencializado por el terapeuta. A fin de lograr insertar en el paciente la capacidad de encontrar mecanismos para detectar o resolver las situaciones que antes le amenazaban o podían generarles tener una recaída en conductas codependientes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En este apartado se presenta el análisis de los datos los cuales fueron recopilados por el Cuestionario del ICOD, en tiempo y forma de acuerdo a lo planteado en la sección de método: Es importante destacar que este análisis es de enfoque Mixto, lo que significa que considera un conjunto de datos cualitativos y otros cuantitativos. Dicho análisis se expone a través de los casos considerados en esta investigación.

Caso 1.

Al aplicar el instrumentó utilizado como pre-prueba ICOD, se encontró que la paciente manifiesta puntajes con altos estándares en los cuatro diferentes factores, arrojando como análisis factorial del instrumento: Mecanismos de negación con puntuación de 27 / 36 puntos, en desarrollo incompleto de la identidad obtuvo 12 / 24 puntos, en rasgos de represión emocional 6 /15 puntos y en orientación rescatadora 11/15 puntos. Obteniendo un puntaje total en la prueba de 56/90 puntos, con este puntaje obtenido se sugiere que esta mujer requiere de tratamiento, ya que el corte indicado por el instrumento para diferenciar casos probables de codependencia es obtener puntajes mayores o iguales a 32 puntos. Lo anterior se puede observar en la figura 1.

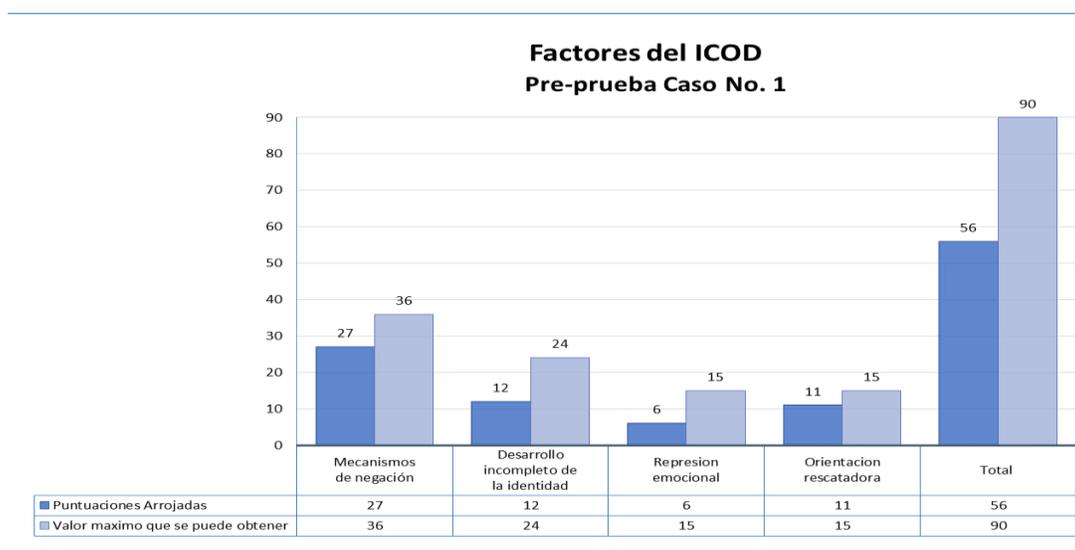


Figura 1.

En el análisis de los datos arrojados por la pre-prueba también se puede observar que todos los factores tienen una puntuación alta, por lo cual se toman en cuenta a enfatizar para el tratamiento futuro, la obtención de la puntuación más elevada será la base y enfoque a tratar en sesión como factores relevantes para el inicio del tratamiento en este caso; Mecanismos de negación y desarrollo incompleto de la identidad. Los factores de orientación rescatadora y rasgos de represión emocional, requieren ser tomados en cuenta a la hora de realizar el tratamiento, puesto que, aun al presentar puntuaciones bajas a comparación de los otros dos factores, no están libres de referir que no existen características elevadas en los factores que mide el ICOD, esto referido por la puntuación obtenida en la pre-prueba, haciendo referencia a su relevancia a la hora de llevar a cabo la aplicación del tratamiento.

En la obtención de datos adquiridos en la pos-prueba del ICOD, se encuentran los siguientes resultados; mecanismos de negación con puntuaciones de 15/36 puntos, en desarrollo incompleto de la identidad 6/24 puntos, en rasgos de represión emocional 4/15 puntos y en orientación rescatadora 8/15 puntos, la obtención en general de la prueba fue de 33/90 puntos, con este puntaje se puede observar que el tratamiento de Terapia Breve Estratégica logró una disminución de 23 puntos en los factores que arrojan el análisis factorial del instrumento que están basados en características de codependencia. Como se puede observar en la figura 2.

Factores del ICOD Pos-prueba Caso No. 1

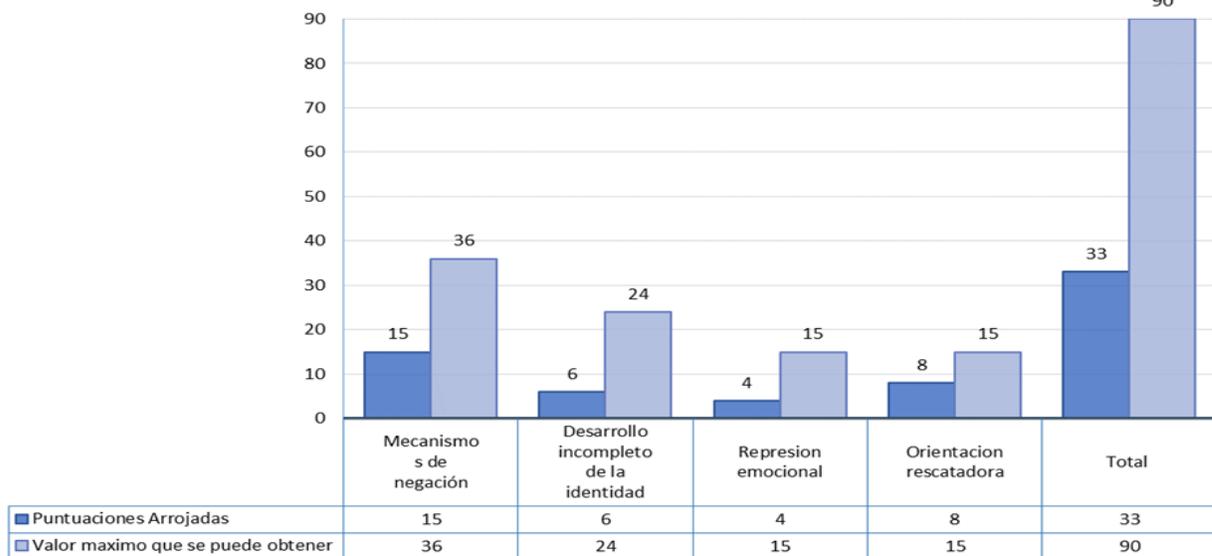


Figura 2.

En el análisis comparativo se puede observar en la figura 3 la disminución de los cuatro factores que arrojó en el análisis:

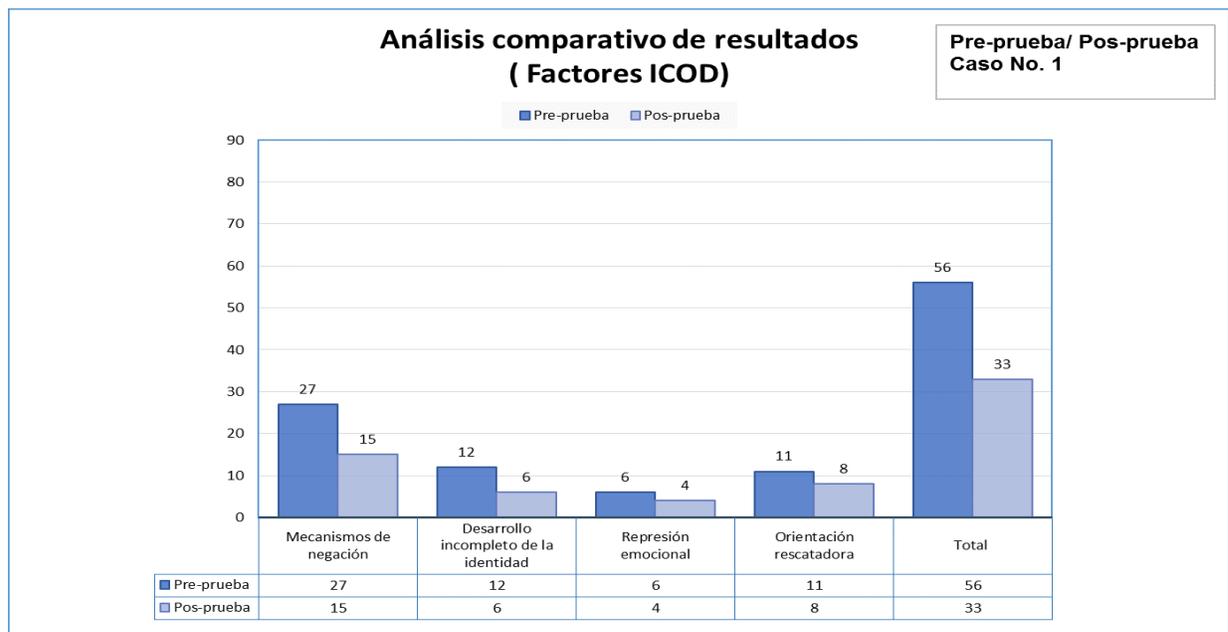


Figura 3.

En la presente figura 3, se puede resaltar que la disminución de cada uno de los factores interfiere en los otros, es decir, al trabajar con los mecanismos de negación; que se relaciona con el auto engaño y la justificación de evitar la realidad (Noriega, 2012) se puede lograr romper con una de las características más grandes de un codependiente, permitiendo así un trabajo con menos resistencia al cambio de forma tal que favorece a los resultados del tratamiento. Con esto no quiere decir, que en este caso, no siga calificando como codependiente de hecho aún por dos unidades está catalogada por el ICOD como posible caso de codependencia, se resalta que la disminución efectuada por el tratamiento establece que con el tiempo la paciente disminuya las conductas hasta eliminarlas por completo.

Análisis comparativo de pre-prueba y pos-prueba del desglose de los cuatro factores que integran el ICOD.

En este apartado se analizará la evaluación del formulario denominado ICOD factorial, con la finalidad de vaciar en ésta la puntuación que se dio como respuesta a cada una de las variables del ICOD, de forma que permita evaluar la presencia o ausencia de las características de las mujeres codependientes, otorgando así una calificación global de ser casos o no casos de pacientes codependientes. En la figura 4 se puede observar que el factor “Mecanismo de negación” que califica el ICOD, cuenta con un número de 12 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 36, sumando cada uno de los 12 reactivos con el valor máximo que sería 3.

Mecanismo de Negación

Caso No. 1

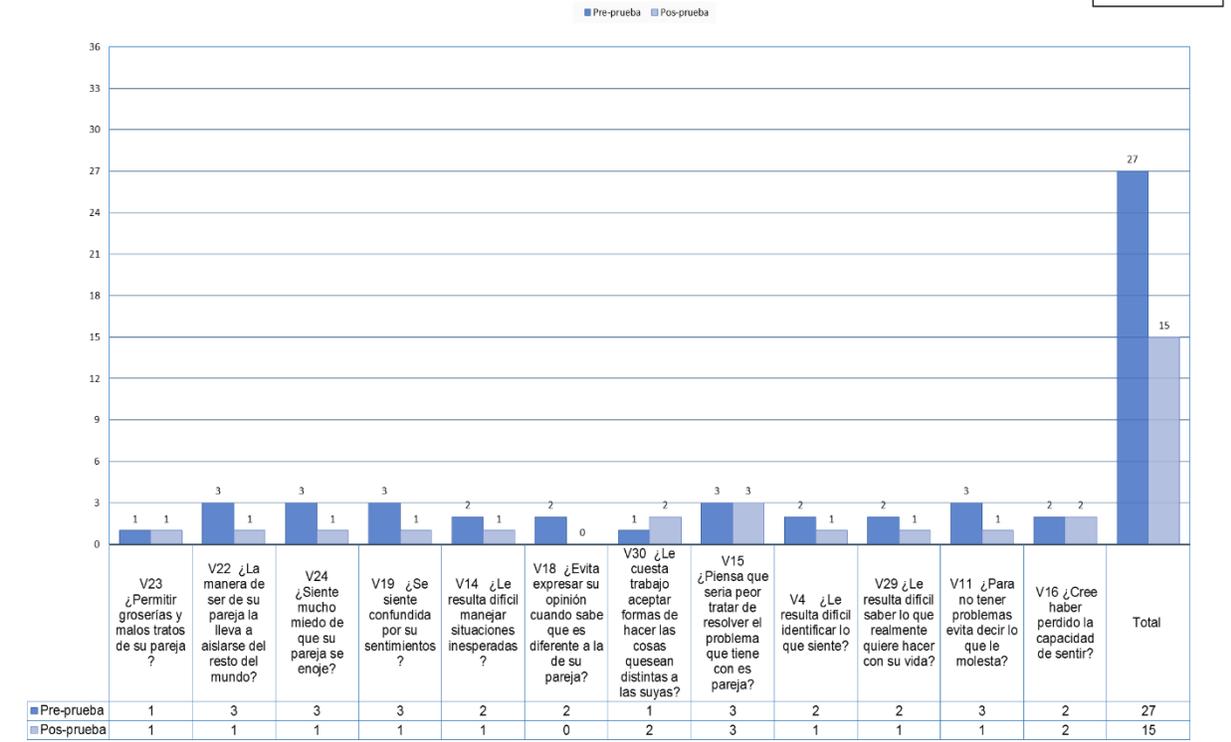


Figura 4.

El análisis a destacar de los 12 reactivos, los reactivos V22, V24, V19, V15, V11, obtuvieron un valor de 3 puntos, en la pre-prueba, en la pos-prueba, el reactivo V22, V24, V19, V11 lograron disminuir al valor de 1 punto, el reactivo V15 se mantuvo en la pos-prueba con 3 puntos, por lo que el análisis cualitativo hace referencia que la paciente “No puede hablar con su pareja”, por ende este reactivo se mantuvo con esa puntuación, en el reactivo V14, V18, V4, V29, V16 en la pre-prueba se obtuvo un valor de 2 puntos, donde en la pos-prueba V14, obtuvo un valor de 1 punto, V18 un valor de 0 puntos, lo cual, indica la eliminación de esta característica codependiente, en el reactivo V4 un valor de 1 punto, V29 valor de 1 punto, en el reactivo V16 se mantuvo la puntuación de 2 debido a que, la paciente considera que no puede ser la misma que era con anterioridad, el reactivo V23 obtuvo un puntaje en pre-prueba y pos-prueba de 1 punto. En la puntuación total de la pre-prueba se obtuvo un total de 27 puntos de los 36, y en la pos-prueba se obtuvo 15 puntos de los 36, por lo que se puede concluir que existió una disminución considerable en los reactivos, donde se

denota que el cambio dentro de este factor fue de doce unidades las cuales hacen referencia que fueron características que disminuyeron en el factor de Mecanismos de Negación, por lo cual este valor hacer referencia a la funcionalidad del TBE.

En la figura 5 se puede encontrar que el factor; Desarrollo incompleto de la identidad que califica el ICOD, cuenta con un número de 8 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 24, sumando cada uno de los 8 reactivos con el valor máximo que sería 3.

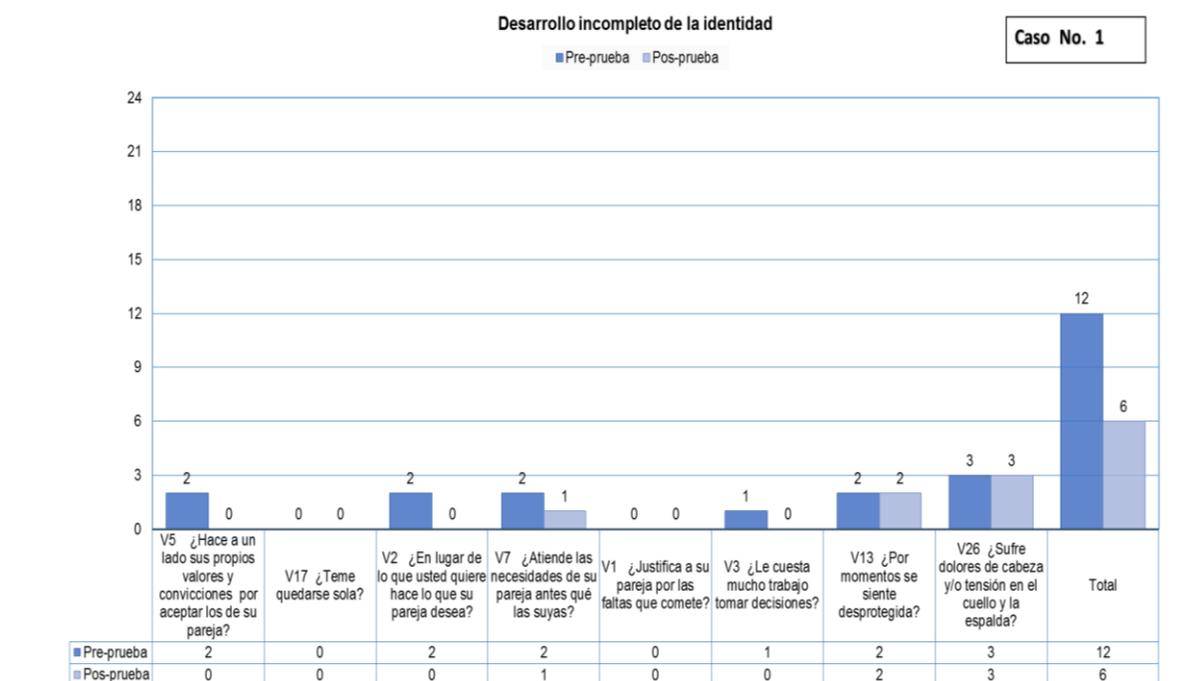


Figura 5.

El análisis a destacar de los 8 reactivos del factor “desarrollo de la identidad” muestra que los reactivos V17 y V1 obtuvieron el valor de 0 puntos, en la pre-prueba y pos-prueba, los reactivos V5, V2, V7, V13 obtuvieron valores de 2 puntos en la pre-prueba, en la pos-prueba los reactivos V5 y V2, se obtuvo la eliminación de esta característica con un puntaje de 0, en el reactivo V7 se obtuvo una disminución de 1 punto, el reactivo V13 mantuvo su puntuación de 2 en la pre-prueba y pos prueba, donde en el análisis cualitativo la paciente hace mención de sentirse desprotegida por “no tener el

apoyo de ninguna pareja”, el reactivo V26 obtuvo una puntuación de 3 en la pre-prueba y pos-prueba “considerando la paciente que los dolores de cabeza son por la presión económica”, el reactivo V3 en la pre-prueba obtuvo un valor de 1 punto y en la pos-prueba se logró eliminar, obteniendo un valor de 0 en la puntuación. En la puntuación general del factor Desarrollo incompleto de la identidad se obtuvo una total de 12 puntos de 24 en la pre-prueba y un total de 6 puntos en la pos-prueba, lo cual, indica que el tratamiento de TBE, en este caso eliminó características de codependencia que estaban presentes en la paciente del primer caso.

En la figura 6, se encuentra que el factor: “represión emocional” que califica el ICOD, cuenta con un número de 5 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 15, sumando cada uno de los 5 reactivos con el valor máximo que sería 3.

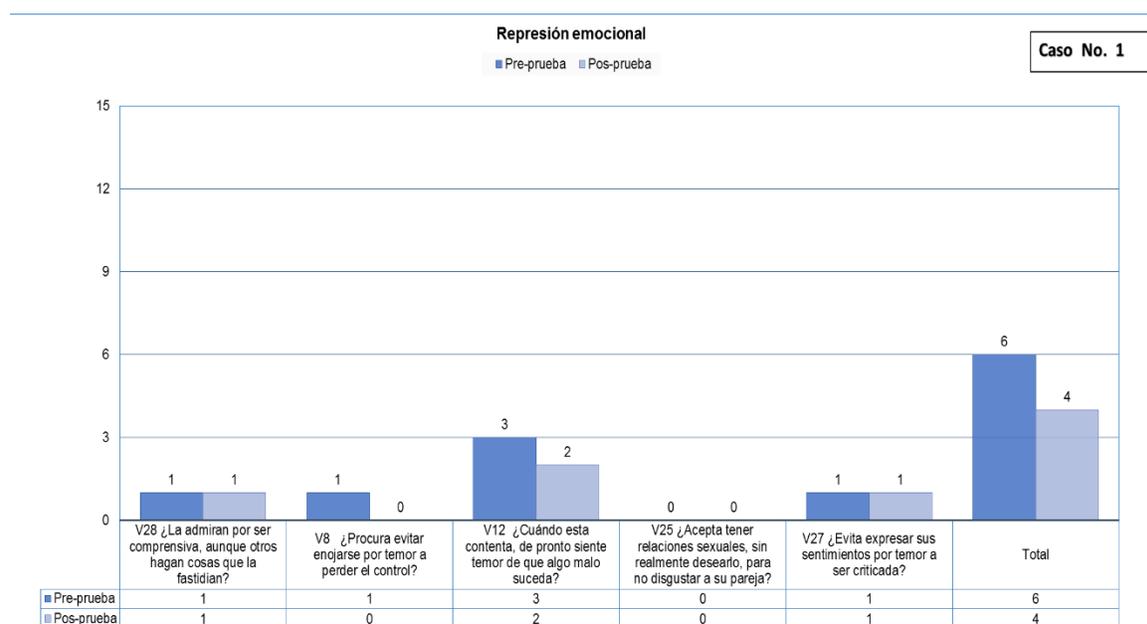


Figura 6.

El análisis a destacar de los 5 reactivos, se destaca el reactivos V25 que obtuvo un valor de 0 puntos tanto en la pre-prueba como en la pos-prueba, el reactivo V28 y V27 obtuvieron un valor de 1 punto en la pre-prueba y en la pos-prueba, donde en el análisis cualitativo la paciente hace mención “que aún tiene miedo de ser lastimada

“por lo cual evita expresar sus sentimientos, en el reactivo V8 la puntuación de la pre-prueba era de 1 punto y en la pos-prueba se eliminó esta característica de “evitar enojarse por temor”, lo cual favorece a no reprimir las emociones, en el reactivo V12 se obtuvo 3 puntos en la pre-prueba y 2 puntos en la pos-prueba donde disminuyó la preocupación de que algo malo suceda. En el total del factor “represión emocional”, se obtuvo un total de 6 puntos de 15 en la pre-prueba y en la pos-prueba 4 puntos de los 15, donde se puede concluir que el TBE es funcional para disminuir las características de represión emocional en mujeres codependientes.

En la figura 7, se encontró que el factor: “Orientación rescatadora” que califica el ICOD, cuenta con un número de 5 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 15, sumando cada uno de los 5 reactivos con el valor máximo que sería 3.

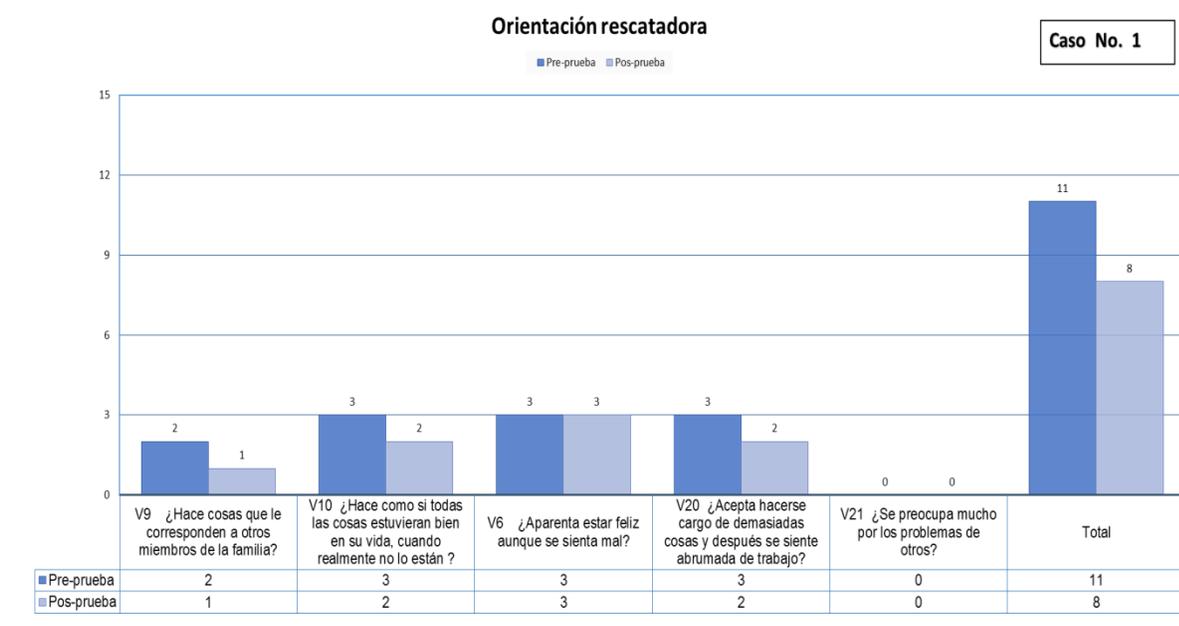


Figura 7.

El análisis a destacar de los 5 reactivos; el reactivo V21 obtuvo en la pre-prueba y pos-prueba un valor de 0 puntos, el reactivo V10, V6, V20 obtuvieron en la pre-prueba un valor de 3 puntos, y en la pos-prueba el reactivo V10 y V20 disminuyeron a 2 puntos,

el reactivo V6 mantuvo su puntuación de 3, en el análisis cualitativo la paciente menciona “aparentar ser feliz aunque se sienta mal , para que sus hijos no noten, que se encuentra mal” , en el reactivo V9 se obtuvo en la pre-prueba un total de 2 puntos y en la pos-prueba de 1 punto, destacando que en el análisis cualitativo la paciente hace mención que “no puede dejar de hacer las cosas , porque no tiene el apoyo de alguien más”. En el total del factor “Orientación Rescatadora”, se obtuvo en la pre-prueba un total de 11 puntos de 15 y en la pos-prueba 8 puntos de los 15, donde se puede concluir que el TBE es funcional para disminuir las características de orientación rescatadora en mujeres codependientes.

A continuación, dentro de este mismo apartado se realizará la exposición de los resultados de análisis obtenidos por el ICOD, en el segundo caso, a fin de realizar un comparación entre los dos casos y una ejemplificación sobre los factores que fueron tratados en la aplicación del tratamiento TBE.

Caso 2.

Así mismo, como en el caso uno, se realizó la aplicación del instrumentó ICOD como pre-prueba del caso dos, donde se encontró como resultado la manifestación de puntajes con altos estándares en los cuatro diferentes factores, arrojando como análisis factorial del instrumento: Mecanismos de negación con puntuación de 14 / 36 puntos, en desarrollo incompleto de la identidad obtuvo 12 / 24 puntos, en rasgos de represión emocional 8 /15 puntos y en orientación rescatadora 13/15 puntos. Obteniendo un puntaje total en la prueba de 47/90 puntos, con este puntaje obtenido como se mencionó con anterioridad se sugiere que esta mujer requiere de tratamiento, ya que el corte utilizado para diferenciar casos probables de codependencia es obtener puntajes mayores o iguales a 32 puntos. Como se puede observar en la figura 8.

Factores del ICOD Pre-prueba Caso No. 2

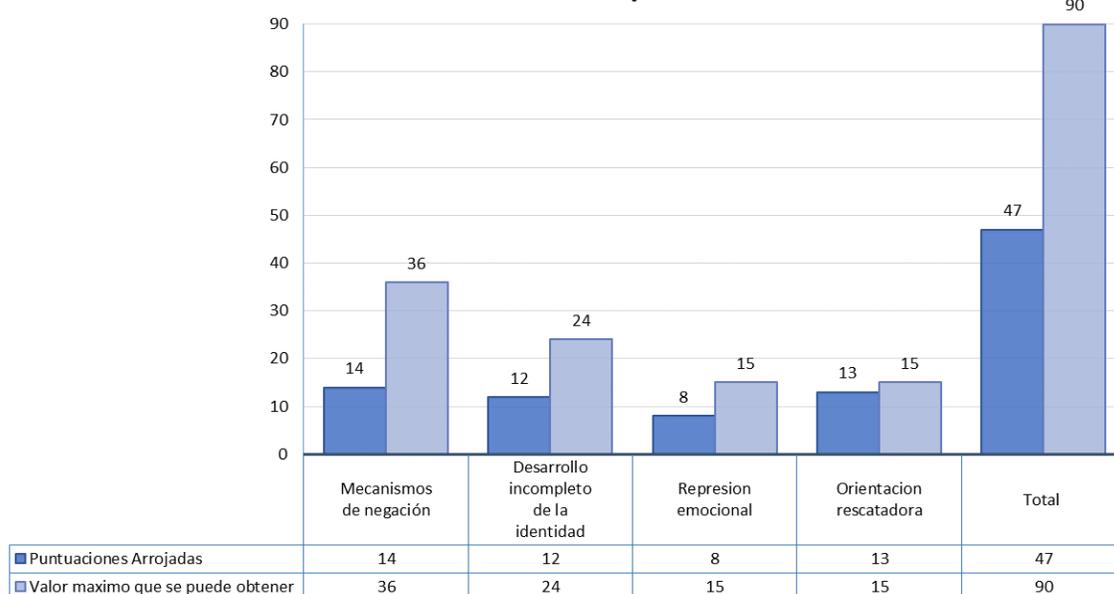


Figura 8.

En el análisis de los datos arrojados por la pre-prueba se puede observar que todos los factores tienen una puntuación alta los cuales se tomarán en cuenta a enfatizar para el tratamiento futuro, como fue mencionado con anterioridad. Los resultados de la puntuación: Mecanismos de negación muestra una unidad por arriba de la mitad, del resultado máximo que se puede obtener en este factor y en continuidad por dos unidades arriba de la mitad del resultado máximo que se puede obtener en represión emocional, el desarrollo incompleto de la identidad, se muestra justo a la mitad del máximo que se puede obtener en la prueba, al igual que la orientación rescatadora, por ende los mecanismos de negación y represión emocional son factores a resaltar para tomar en cuenta a la hora de realizar el tratamiento.

En la obtención de datos recolectados de la pos-prueba del ICOD, se encuentran los siguientes resultados: mecanismos de negación con puntuaciones de 12/36 puntos, en desarrollo incompleto de la identidad 6/24 puntos, en rasgos de represión emocional 5/15 puntos y en orientación rescatadora 12/15 puntos, la obtención en general de la prueba fue de 35/90 puntos, con este puntaje se puede observar que el tratamiento de

Terapia Breve Estratégica logró disminuir los factores que arrojan el análisis factorial del instrumento que están basados en características de codependencia. Como se puede observar en la figura 9.

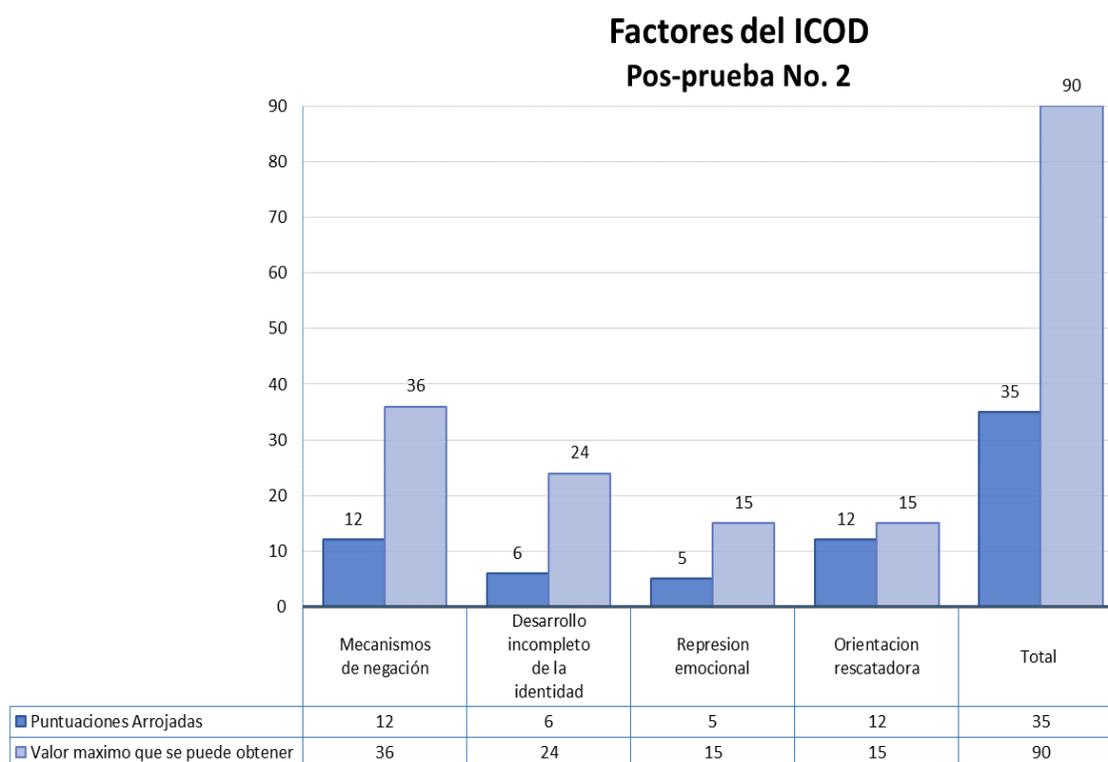


Figura 9.

En el análisis comparativo de la pre-prueba y pos-prueba, se puede resaltar que los resultados de los cuatro factores calificados por el ICOD, descendieron, después de estar en tratamiento la paciente. Observar en la figura 10.

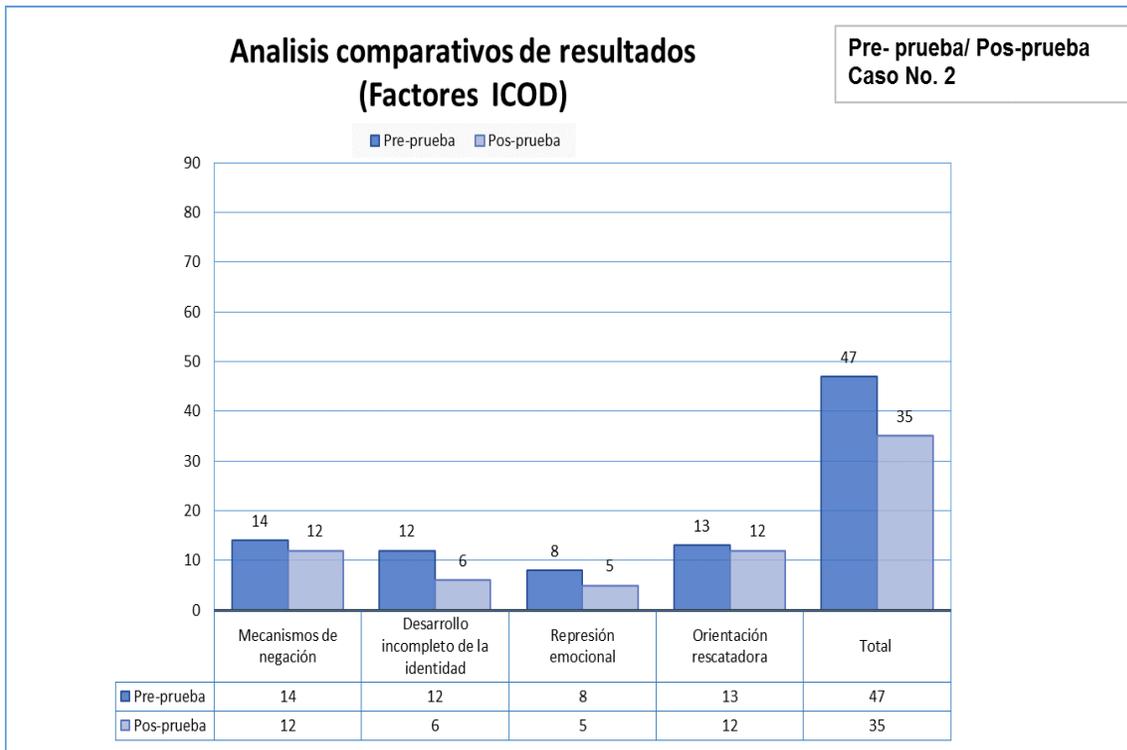


Figura 10.

La presente figura, es un claro ejemplo de lo que se mencionó en párrafos anteriores, si en el puntaje obtenido de mecanismos de negación no hay un cambio significativo se verá reflejado en todos los demás factores, resaltando que este factor representa: el autoengaño y la justificación de evitar la realidad. En terapia cuando no se logra un cambio tan significativo en la resistencia se verá reflejado de forma desfavorable en los resultados del tratamiento. Con esto no quiere decir, que no sea logrado un avance en el tratamiento, solo que si hace representación de la disponibilidad que se mantuvo durante la intervención, como podemos observar la disminución fue significativa con doce unidades debajo de la puntuación obtenida en la pre-prueba, con lo cual se puede decir, que la disminución efectuada por el tratamiento establece que el paciente disminuyó características y conductas codependientes.

Análisis comparativo de pre-prueba y pos-prueba del desglose de los cuatro factores que integran el ICOD.

Luego del apartado de análisis de la pre-prueba y pos-prueba de los cuatro factores del ICOD, se continuará con el desglose los reactivos presentes en este instrumento con la finalidad de enfatizar, la evaluación de las respuesta a cada una de las variables presentes de los reactivos, de forma que permita evaluar la presencia o ausencia de las características de las mujeres codependientes, otorgando así una calificación global de ser casos o no casos dicho fenómeno.

En la figura 11 se encuentra que el factor: Mecanismo de defensa que califica el ICOD, cuenta con un número de 12 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 36, sumando cada uno de los 12 reactivos con el valor máximo que sería 3.

Mecanismo de negación

Caso No. 2

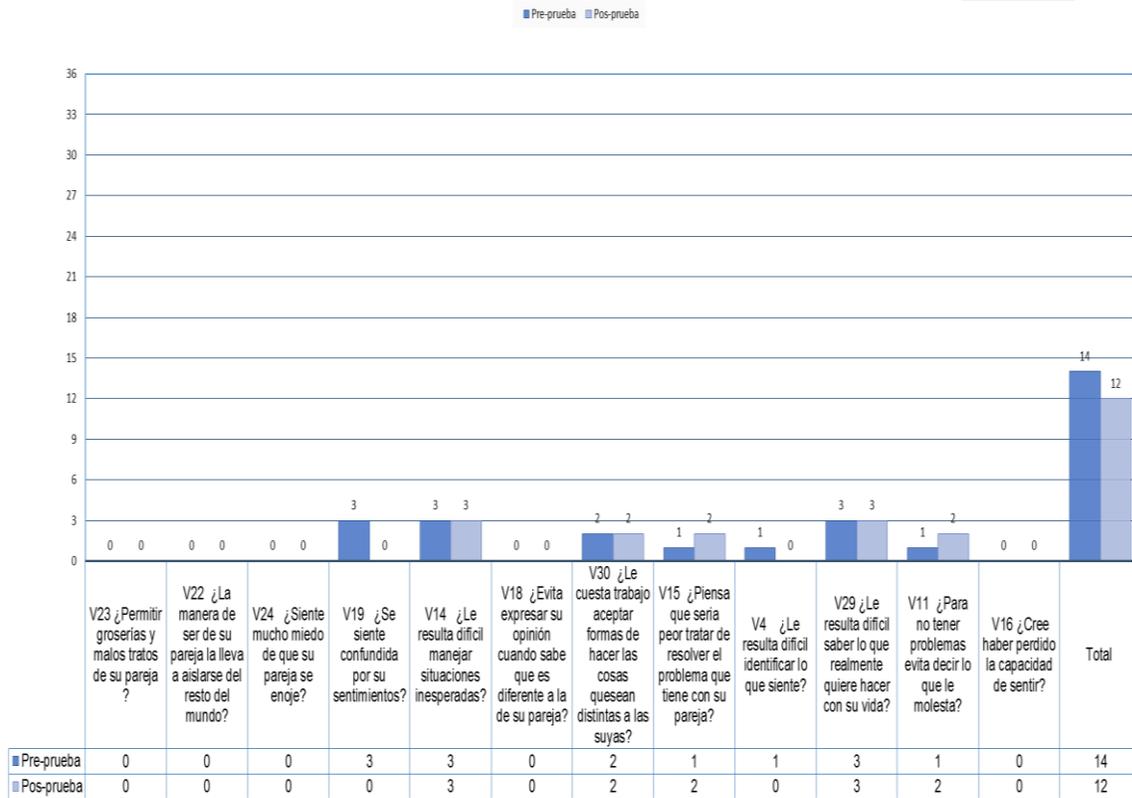


Figura 11.

Al realizar el análisis de los 12 reactivos, se obtiene que 6 reactivos puntuaron con el valor de 0, que fueron los reactivos V23, V22, V24, V18, V16 en la pre- prueba y en la pos-prueba se suma el reactivo V4 que en un inició obtuvo un valor de 1 que demuestra que el tratamiento logró una mejora. En la puntuación de mayor puntaje con valor de 3, podemos encontrar el reactivo V19, V14, V29 en la pre-prueba , y en la pos-prueba se elimina el reactivo V19 con un valor de 0,el cual favorece a enfatizar la toma de decisiones respecto a reconocer sus sentimientos, el reactivo V30 obtuvo una puntuación de 2; sin embargo, en la pos-prueba el reactivo V15, V11 obtuvieron este mismo valor, en el análisis cualitativo la paciente refirió que su aumento lo consideró fue a causa de “llevar mejor las cosas, ya que cuando otorgaba su punto de opinión, la resistencia y negativa de su esposo e hijas, era, decirle a eso vas a terapia”, con esto podemos observar que la disposición del núcleo familiar se refleja también en la

evaluación del avance o retroceso de la paciente .En la puntuación total de la pre-prueba se obtuvo 14 puntos de los 36 , y en la pos-prueba se obtuvo 12 puntos de los 36, por la cual se puede concluir que aunque existió aumento en algunos reactivos el cambio dentro de este factor fue de dos unidades las cuales hacen referencia a dos características codependientes que fueron anuladas en este caso el reactivo V19 y el reactivo V4.

En la figura 12 , se observa que el factor: Desarrollo incompleto de la identidad que califica el ICOD, cuenta con un número de 8 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 24, sumando cada uno de los 8 reactivos con el valor máximo que sería 3.

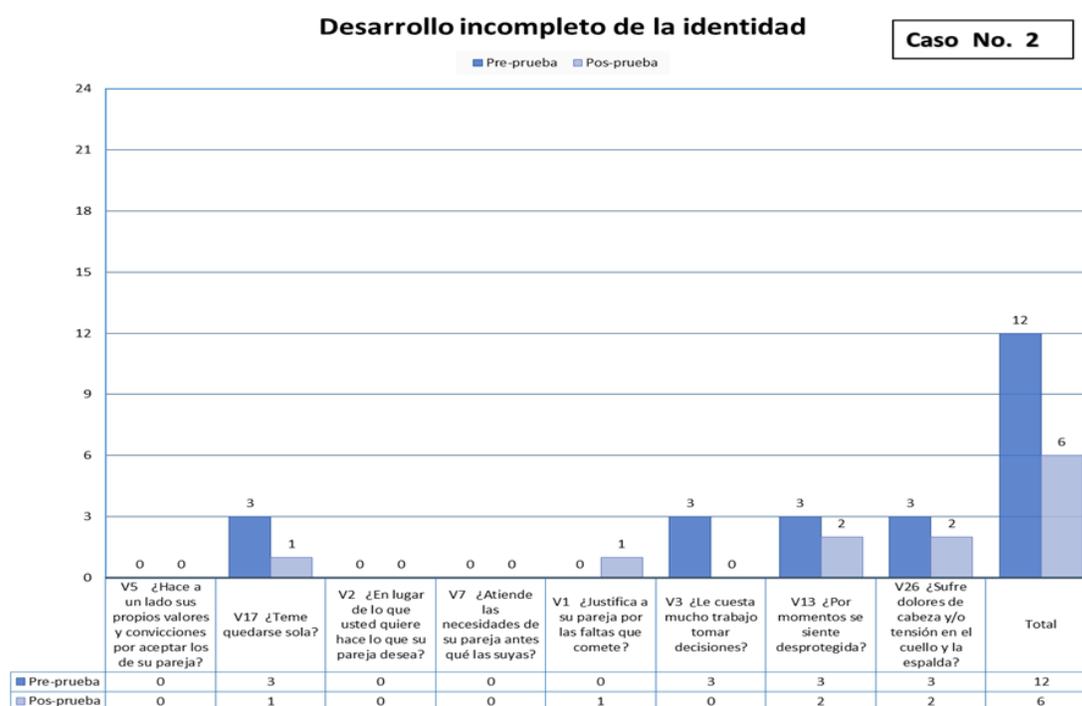


Figura 12.

Al presentar el análisis de los 8 reactivos, se encuentra que 3 reactivos puntuaron con valor de 0 tanto en la pre-prueba como en la pos-prueba, los reactivos fueron V5, V2, V7 y en la pos-prueba se suma el reactivo V3 que al inició obtuvo una puntuación de 3, lo cual hace referencia que esta característica fue eliminada después del

tratamiento, el reactivo V1 obtuvo un valor de cero en la pre-prueba y en la pos-prueba aumentó una unidad, lo cual, en el análisis cualitativo la paciente hizo mención que su aumento puede considerarse a la “falta de interés, que ella ya tiene hacia su pareja”, en la pre- prueba su respuesta fue manipulada , por la resistencia que le generaba aceptar que “ella justificaba los actos de su pareja, en este caso su infidelidad” , con esta respuesta se puede resaltar que aunque aumentó la unidad el propósito de la TBE fue funcional al poder lograr restablecer su realidad y aceptarla, en los reactivos V17, V3, V13, V26 obtuvieron un valor de 3 puntos en la pre-prueba los cuales en la pos-prueba obtuvieron una puntuación menor: el reactivo V17 obtuvo un valor de 1, en el V3 una puntuación de 0 , en el V26 se obtuvo un valor de 2, lo cual refleja la disminución de las características que son calificadas para una mujer codependiente, el valor significativo de este factor en la pre-prueba era de 12 puntos de 24 , donde se puede observar una disminución de estas características en la puntuación obtenida en la pos-prueba con un total de 6 puntos de los 12 que antes del tratamiento se habían obtenido.

En la figura 13, se muestra que el factor: Represión emocional que califica el ICOD, cuenta con un número de 5 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 15, sumando cada uno de los 5 reactivos con el valor máximo que sería 3.

Represión emocional

Caso No. 2

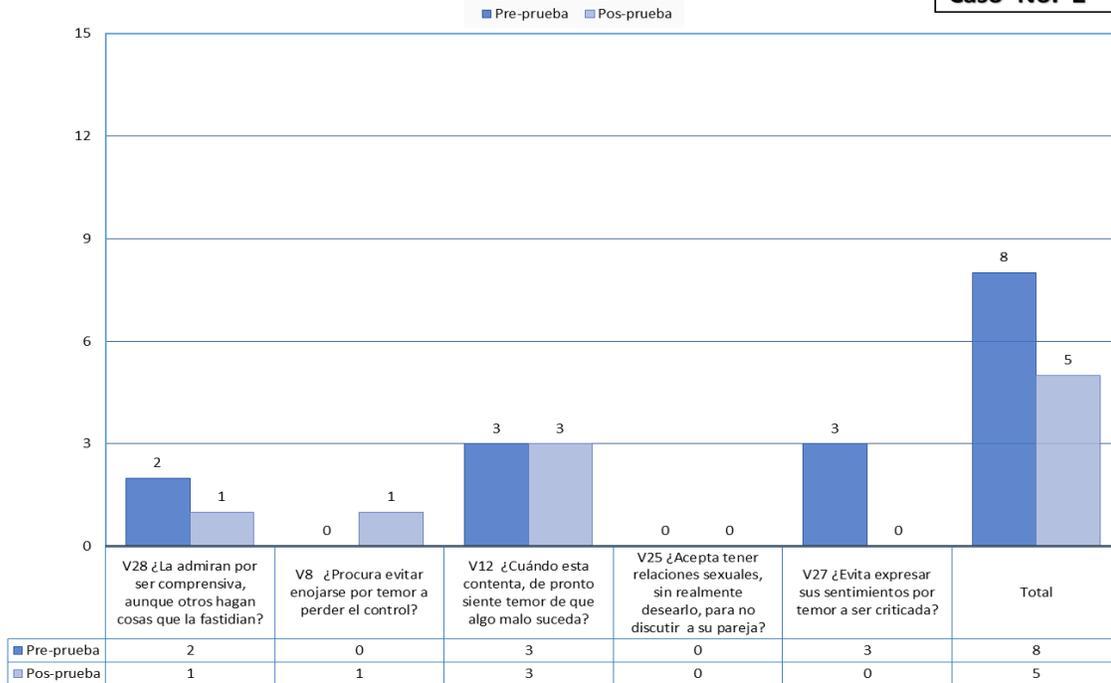


Figura 13.

En el análisis de “represión emocional”, se obtuvo que el reactivo V8, V25 puntuaron con valor de 0 tanto en la pre-prueba y en la pos-prueba, el reactivo V8 obtuvo un aumento de 1 punto, a lo cual por el análisis cualitativo, la paciente hizo mención que ahora es capaz de” expresar su coraje de manera diferente”, con anterioridad no le importaba enojarse ya que era muy impulsiva al grado de ser violenta, por lo cual al aumentar una unidad fortalece que su manejo de impulsividad y capacidad de expresar su coraje ahora son conscientes no impulsivos, lo cual es un punto a favor del trabajo que se realizó en el consultorio, el reactivo V27 en la pre-prueba obtuvo un valor de 3 puntos, los cuales en la pos-prueba dieron la puntuación de 0 puntos, lo cual califica como una característica codependiente eliminada de buscar constante aprobación de los demás, ahora “puedo expresarme libremente” como lo mencionó la paciente en el análisis cualitativo, el reactivo V12 obtuvo un puntaje de 3 en la pre-prueba y pos-prueba, en el análisis cualitativo la paciente mencionó que “Sigue aceptado cargos

pero con menos estrés”, el reactivo V28 la puntuación de pre-prueba fue de 2 puntos y en la pos-prueba de 1 punto, lo cual indica un aumentó en su expresión de disgusto, sin temer a perder la aceptación de los demás, el valor final obtenido de este factor fue en la pre-prueba de 8 puntos de 15, y en la pos-prueba 5 puntos de los 15, se puede concluir entonces, que se eliminó una característica de codependencia en la represión emocional, siendo favorecedor el resultado del tratamiento TBE.

En la figura 14, se encontró que el factor: Orientación rescatadora que califica el ICOD, cuenta con un número de 5 reactivos, los cuales se pueden puntuar con una calificación del 0 al 3, la puntuación máxima de este factor puntúa en 15, sumando cada uno de los 5 reactivos con el valor máximo que sería 3.

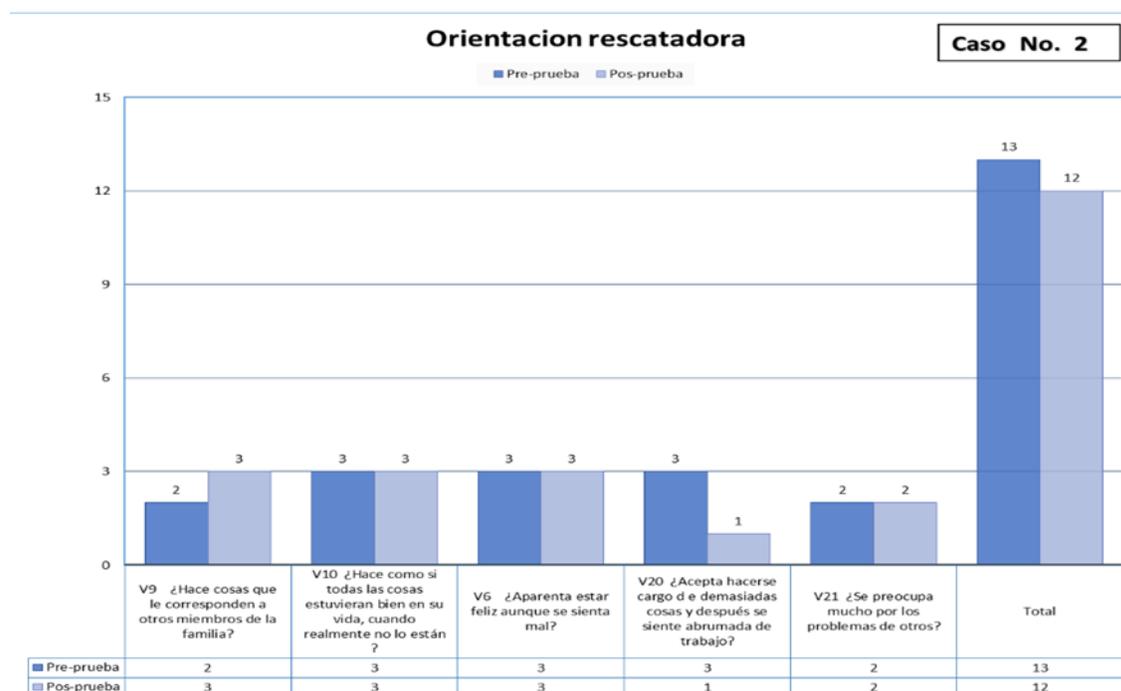


Figura 14.

En el análisis de los reactivos de “orientación rescatadora”, se puede observar los siguientes resultados: el reactivo V10, V6, V20 puntuaron con valor de 3 en la pre-prueba y en la pos-prueba el reactivo V10, V6 se mantuvieron con puntuaciones altas, el reactivo V9, obtuvo en la pre-prueba 2 y en la pos-prueba aumentó, con estas las cuales en el análisis cualitativo mencionó la paciente “Me cuesta dejar de hacerme responsable, porque considero no hacen las cosas como yo quiero que las hagan”, el reactivo V20 en la pos-prueba obtuvo un resultado de 1 haciendo referencia en el análisis cualitativo “sigo aceptando cargos pero con menos estrés”, en el reactivo 21 se obtuvo 2 puntos en el pre-prueba y pos-prueba, en la puntuación tal de este factor en la pre-prueba se obtuvo un valor de 13 puntos de 15 y en la pos-prueba un valor de 12, esto nos hace darnos cuenta que el análisis cualitativo en conjunto con el cuantitativo nos permite observar de manera más detallada si existió un cambio favorable o no de este factor de orientación rescatadora, a criterio del cuantitativo solo se logró disminuir una unidad, por lo cual se considera que el tratamiento en este factor no logró su objetivo de modificar o eliminar significativamente la característica codependiente, sin embargo, en el análisis cualitativo por lo mencionado por la paciente se puede percibir que su orientación rescatadora, cambio de percepción, es decir, aun se hace cargo de muchas actividades pero no de manera abnegada, sino porque duda de la capacidad de los demás para resolver o tomar sus responsabilidades; sin embargo, hay que resaltar que el reactivo V6 mantiene una puntuación muy alta la cual es la mantención de una característica muy presente en los codependientes que es controlar su ambiente de forma que aparentan estar bien aunque se sienta mal, para no ser juzgados por quienes le rodean.

En continuidad con el desarrollo de análisis de resultados se presentará la integración de un análisis comparativo, con la finalidad de evaluar si existió algún resultado significativo en la parte cuantitativa y /o en la parte cualitativa, para los dos o alguno de los casos.

Análisis comparativo de los casos.

En este apartado se realizará el análisis comparativo de los resultados de los dos casos que se presentaron en la investigación, en una forma cuantitativa y cualitativa, tanto en la pre-prueba como en la pos-prueba.

La estadística muestra en la figura 15 , que en el factor Mecanismo de negación en el primer caso se obtuvo una puntuación de 27, en el segundo caso un total de 14 puntos, lo cual muestra que la paciente del primer caso enfatiza la presencia de más características de codependencia dentro de este factor, teniendo en cuenta que los reactivos que integran cada factor están formulados por características de codependencia, en el factor del desarrollo incompleto de la identidad los dos casos obtuvieron un valor de 12 puntos, en el factor de represión emocional la puntuación obtenida fue de 6 en el primer caso y 8 en el segundo caso, de forma que se incluyen dos características más a la paciente del segundo caso en este factor, en el factor de orientación rescatadora la puntuación obtenida fue de 11 en el primer caso y 13 puntos en el segundo caso, lo cual muestra una puntuación más elevada en el segundo caso de dos puntos, en la puntuación general de los cuatro factores se obtuvo 56 puntos en el primer caso y 47 puntos en el segundo caso, lo cual, permite identificar los dos casos con diagnósticos de codependencia. Resaltando el valor comparativo del primer caso obteniendo un valor de nueve puntos por arriba del segundo caso.

Es importante hacer mención que aun con la elevación de puntuación del primer caso en comparación con el segundo, las características de codependencia del segundo muestran una afectación de tres factores: mecanismo de negación, represión emocional y orientación rescatadora, en comparación con el primero que muestra la elevación en un solo factor que es mecanismo de negación, se resalta que en esta interpretación solo se habla de los factores que obtuvieron una puntuación distinta entre los casos, sin embargo, no quiere decir que en la prueba estos no tengan una elevación significativa, haciendo mención que fueron tomados en cuenta para el tratamiento de TBE.

Comparación de Resultados de la Pre-prueba

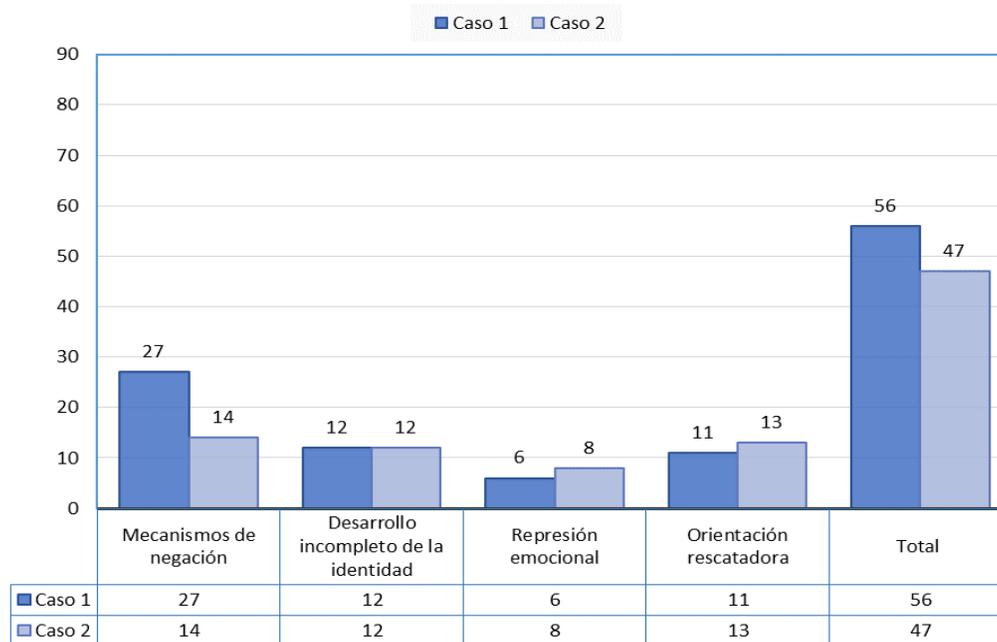


Figura 15.

En continuidad con este análisis, la figura 16, muestran la comparación de resultados de la pos-prueba de los dos casos, donde el “factor de mecanismos de negación” presentó 15 puntos en el primer caso, y 12 en el segundo caso, lo cual, en contraste con la pre-prueba se observa una disminución en el primer caso de doce puntos, y en el segundo caso de dos puntos menos, lo cual, hace referencia que la TBE, logró un mayor cambio en el primer caso, en el factor “desarrollo incompleto de la identidad”, en los dos casos se obtuvo un total de 6 puntos, mostrando una comparación con la pre-prueba de una disminución de seis puntos en los dos casos, en el factor “represión emocional” la puntuación obtenida en el primer caso fue de 4 y de 5 en el segundo caso, en comparación con la pre-prueba en los dos casos se logró una disminución de dos puntos en el primer caso y de tres puntos en el segundo caso, en “orientación rescatadora”, el primer caso obtuvo 8 puntos, en el segundo se obtuvo 12 puntos, que en comparación con la pre-prueba el primer caso disminuyó tres puntos y en el segundo un punto, en la obtención total de los cuatro factores en el primer caso se obtuvo 56 puntos en la pre-prueba y 33 puntos en la pos-prueba con una disminución

de 23 puntos y en el segundo caso 47 puntos en la pre-prueba y 35 en la pos-prueba con una disfunción de 12 puntos , lo cual al realizar la comparación se puede concluir que la TBE logró disminuir la presencia de características codependientes, pero no logró eliminar por completo el síntoma, lo cual no es indicativo de que no sea funcional , sino de que hay que enfatizar en las características que no se lograron disminuir y realizar una intervención específica en estos factores donde no se logró una significancia menor.

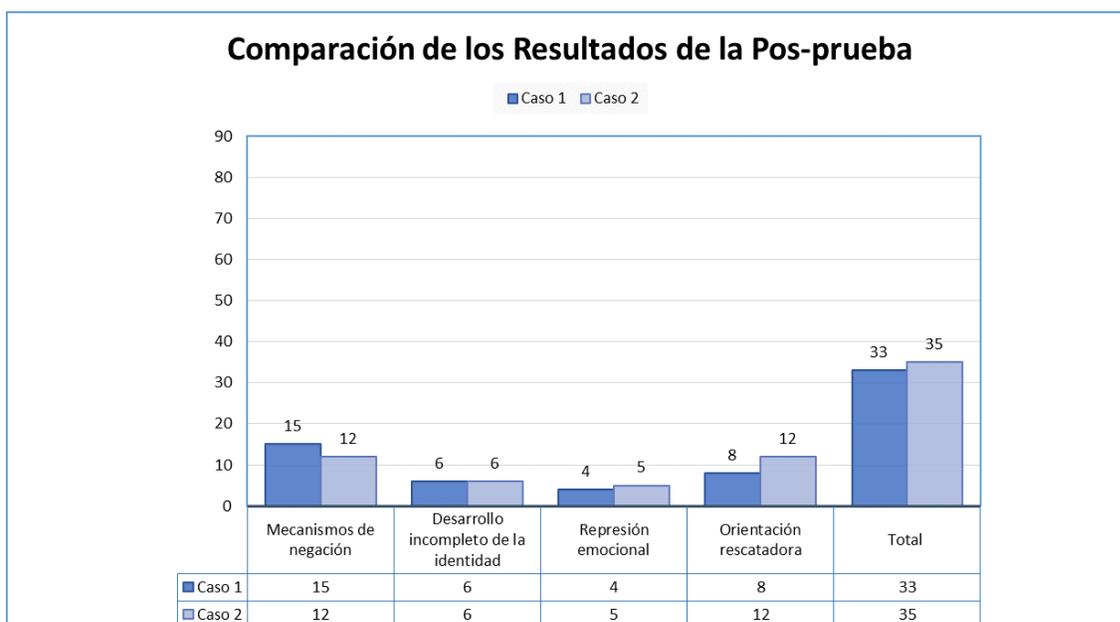


Figura 16.

En el apartado siguiente se describirán los hallazgos a los que se llegaron a lo largo de la presente investigación: recapitulando los elementos correspondientes al apartado de la metodología, en particular a la formulación de las preguntas de investigación y sus respuestas, se establecerán los límites de estudio, haciendo inclusión de las recomendaciones que se consideran oportunas para tomar en cuenta si existen futuras investigaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el proceso de esta investigación cabe destacar que no se estudiaron las causas del desarrollo que originaron el fenómeno de codependencia, ni qué la desencadenó en las pacientes, haciendo mención a esto, la intervención fue elaborada a base de los intentos de solución y de modificar o lograr eliminar los síntomas que se presentaron de comportamientos disfuncionales con la finalidad de producir un cambio en la forma de percibir la realidad, lo cual, desde un punto de vista estratégico favorece para trabajar sobre cómo el problema se mantiene en el presente y no a dirigirse a las causas del pasado. Por ende el desarrollo de la terapia breve estratégica que se llevó a cabo en estos dos casos, está basada en la ruptura de los círculos viciosos de los cuales se puede destacar la existencia de un cambio exitoso.

En el presente documento se plantearon preguntas de investigación las cuales serán abordadas a continuación con finalidad de describir las aportaciones de dicha investigación.

1. ¿Cuál es la efectividad de la Terapia Breve Estratégica sobre la atención de los modelos recurrentes de conductas responsables de mantener a las parejas codependientes emocionales unidas en una relación destructiva?

La TBE utilizada para el tratamiento terapéutico de estos dos casos, obtuvo una efectividad como se mencionó en el párrafo anterior, ya que fue evaluada por el cuestionario ICOD, así mismo como un cuestionario de evaluación de cambios experimentados después del tratamiento, con el cual se puede concluir que por los resultados obtenidos cuantitativa y cualitativamente, se logró un cambio en los patrones y modelos recurrentes de las conductas que eran responsables de mantener a las parejas codependientes emocionales unidas, rompiendo así con los círculos viciosos e integrando una realidad de lo que ocurría en las dinámicas tanto de pareja como en relación entre hijos y las madres codependientes.

Es importante mencionar que la terapia breve estratégica muestra su efectividad cuando existe un cambio aun por mínimo que parezca, en la estructura interna de las pacientes, quienes reemplazan comportamientos disfuncionales que mantenían el síntoma de codependencia. Desde este punto se puede abarcar que los resultados

obtenidos cuantitativamente por el ICOD, no fueron significativos, ya que indican que las pacientes aun califican como posibles codependientes, por lo cual al mantenerse algunas características del síntoma, como estrategia terapéutica se debe realizar una revisión detallada de los factores que necesitan enfatizarse en el tratamiento, de forma que se puedan generar sesiones enfocadas específicamente en trabajar con esas características que no lograron ser eliminadas. No obstante la presente investigación lo que pretendía era cambiar y modificar patrones de comportamiento, por lo cual la eficacia del tratamiento se ve reflejada en la disminución del síntoma, es decir, al romper con los círculos viciosos como se mencionó con anterioridad, se logra el cambio perceptivo, que modifica la reacción en el comportamiento y en la cognición de esta forma el cambio pretende disminuir el síntoma hasta llegar a su eliminación de ser posible, enfatizando que no pretende conocer la causa por ello, la codependencia ya no logra tener un impacto destructivo ni interpersonal, ni intrapersonal, sino que es modificado y pasa a ser una conducta que no debe ser repetida, ahora con la integración de la realidad los comportamientos que mantienen la codependencia ya son conscientes de las pacientes, por ende si los repite tendrá conocimiento de que su elección la llevará a repetir las mismas conductas y todos sus posibles síntomas que presentó al inicio del tratamiento.

Sea de resaltar que las vivencias y consecuencias no han de cambiar con el tratamiento, pero si al modificar el síntoma se genera un cambio de la percepción de los acontecimientos vividos y modificación en los patrones de comportamiento que fueron descendiendo la mantención de los calificados "círculos viciosos", en estos dos casos presentados, no solo la disminución del síntoma de codependencia presentó resultados, incluso se indicó el impacto que dicha terapia obtuvo favoreciendo a las pacientes con relación a la convivencia con sus hijos, por consiguiente, la hipótesis de investigación es aceptada al decir que el modelo de intervención denominado Terapia Breve Estratégica, modificó considerablemente los modelos de comportamiento que influían en la dinámica que mantenía las conductas codependientes.

Para resaltar la efectividad de la TBE, es importante enfatizar que este modelo de terapia al estar enfocado en buscar las soluciones no intentadas e identificar y modificar los factores que ocasionan la mantención del problema actual, logran ejemplificar estrategias utilizables para eliminar el síntoma, y explicarlo, lo cual minimiza el tiempo de obtener soluciones que son definidas en pequeñas tareas que realiza el paciente, proporcionando así que se dé cuenta de su realidad, de tal forma que hasta las resistencias en este modelo de terapia, puedan ser utilizables para favorecer el resultado dentro de la terapia, como fue que sucedió en los casos presentados. Resaltando que la codependencia, es un fenómeno que se caracteriza por diversos comportamientos y factores entre los cuales el mecanismo de negación que manifiesta minimizar los maltratos de los demás o de sí mismos, se hace mención a ello ya que las dos pacientes mostraron un alto puntaje en este factor que refleja parte de la resistencia al cambio, sin embargo, al término del tratamiento las dos mostraron una disminución en el puntaje de este factor, aunque el caso número uno fue el que enfatizó que la resistencia disminuyó durante las sesiones y logró una modificación de mayor impacto en todas las demás, lo cual en comparación con otras modalidades terapéuticas utiliza la resistencia.

2. ¿Qué patrones de comportamiento se presentan en las relaciones de parejas codependientes emocionalmente?

Mecanismos de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora.

Patrones siguientes:

De control, sumisión o conductas desadaptativas de consumo de sustancias psicoactivas.

De baja autoestima, autodesvalorización, autocrítica y autoengaño.

De conformidad y autosabotaje.

De búsqueda de aprobación y conductas impulsivas.

De comportamientos impulsivos.

De relación en la elección de pareja o elección de dinámicas inadecuadas.

3. ¿Cuáles son las vivencias y consecuencias emocionales que experimentan las parejas que tienen una relación codependiente emocionalmente?

Entre las principales se encuentran la retroalimentación de necesitarse uno al otro, manteniendo conductas inadecuadas donde constantemente se requiera de un cuidador o de reforzar conductas inadecuadas, es decir, cuando en la relación alguno de los dos integrantes deja de lado las discusiones de esta codependencia y busca volver a generar fricción ya que están familiarizados solo con una percepción del sistema que es estar experimentando discusiones o de mantener alguno de sus integrantes con problemas, para generar esta conducta de cuidado del otro.

Pérdida de la identidad propia, ninguno de los dos, se ve como ser independiente.

Dentro de la exploración y las dinámicas realizadas en la investigación las pacientes refieren vivencias de violencia de tipo: verbal, física y psicológica, ingesta del abuso de sustancias químicas como alcohol entre otras sustancias psicoactivas, comportamientos de infidelidad de sus parejas, desagrado de pasar tiempo juntos, episodios de comportamiento de ira, desvalorización y descalificación constante.

Conductas inestables emocionalmente, presencia de ansiedad, miedo, enojo, pérdida de sí mismos.

Pérdida de satisfacción de encontrarse dentro de la relación de pareja y constantes padecimientos físicos como; dolores de cabeza, espalda, hombros, pecho, hormigueo en las manos, dolor de garganta.

Pérdida de la capacidad de elección y toma de decisiones con criterio propio.

Entre las consecuencias a destacar está la forma en relacionarse con los demás sistemas, en este caso con los hijos, al no ser personas estables emocionales el sistema completo se desenvuelve en los mismos círculos viciosos de conductas codependientes que ocasionan que el padecimiento se mantenga.

4. ¿Cómo afecta la codependencia en el núcleo familiar a los hijos de madres codependientes?

En el desarrollo de esta investigación se habló sobre los padres tóxicos y las conductas que pueden desarrollar los hijos de padres codependientes, en la investigación dentro de los dos casos se presentaron características en común entre los hijos de las cuales se encuentran:

Conductas inapropiadas de ira, enfado y poca tolerancia.

Comportamiento inapropiado en la escuela, agresión a compañeros dentro del aula y en casa a sus hermanos.

Gritos y constantes reclamaciones de ellos hacia sus madres.

Sentimiento de rechazo y percibir que no tienen la misma atención que sus hermanos, un común entre los hijos de los dos casos fue que se sentían responsables y cuidadores de los demás hermanos e incluso en algunas ocasiones de sus madres.

En el segundo caso se presentaron verbalizaciones de confrontaciones donde la menor de edad realizaba preguntas como ¿Eres feliz? ¿Por qué no lo dejas? e incluso llegar a verbalizar que estarían mejor separados, en comparación con el primer caso, el hijo prefería solo decir que él quería vivir con su padre biológico, llegó a verbalizar que cuando su mamá se encuentra sin pareja es más cariñosa, que no se enoja tan fácilmente y que pasa más tiempo con ellos (como hijos).

Lo anterior mencionado resalta que los hijos de madres codependientes desarrollan consecuencias emocionales y comportamientos inapropiados para expresar sus sentimientos. No comprenden por qué se sienten molestos, en el caso 1, se presenta la conducta de estar enojado y querer pegar, en el caso 2, la conducta se caracteriza por actos de sentirse molesta todo el tiempo sin saber por qué y la compulsión de querer comer.

El desarrollo de conductas compulsivas está latente entre los hijos de madres codependientes. Reflejadas en comportamientos violentos al grado de amenazar a los demás y en conductas ansiosas como atracones de comida y enuresis.

Su preocupación de cómo los perciben los demás suele describirse como rechazados con poca autoestima, entre los referidos por ellos están los adjetivos calificativos como: feo (a), gorda, tonto (a), mal portado (a), no me quieren, entre otros.

Desarrollan confusión al no saber si lo que reciben ellos es real o no, ya que en muchas ocasiones cuando preguntan si están tristes a sus madres o notan que algo no está bien y lo expresan, obtiene respuestas como no pasa nada, todo está bien, lo cual, es un mensaje inapropiado que ocasiona desarrollar duda de su percepción.

5. ¿Qué factores son los que influyen para mantener una relación destructiva en las parejas de codependencia emocional?

Las dinámicas en un sistema cerrado explicado en esta investigación, produce que las relaciones mantengan una dinámica circular la cual predomina solo en el intercambio de una pareja dejando de lado la integración del medio, es decir, delimita la convivencia entre más miembros de la familia y desarrollan conductas similares no permitiendo que se produzcan cambios, en estos casos aislamiento de círculos interpersonales como amistades, familiares (madres, padres e incluso en algunos casos de sus propios hijos), lo cual es desfavorable para las personas que son codependientes emocionales, el aislamiento refuerza lazos de intimidad que pueden llegar a ser insanos sin que lo noten.

En diversas ocasiones la justificación de mantearse en esta clase de relaciones está ligada a la falta de sentirse capaz de lograr sobrevivir sin la otra persona, ligado al sustento económico, a estar solo, necesidad de tener un cuidador o ser el cuidador.

Factores socioculturales, en muchas ocasiones del entorno familiar donde no es aceptado la separación o el vivir solos, sentirse criticadas y juzgadas por no poder mantener una relación de pareja. En este se encuentra la desaprobación de los padres y en ocasiones miedo al rechazo de sus hijos por haberse separado.

Entre los factores más destacados esta la necesidad de que sus hijos tengan un núcleo familiar complementado con la figura paterna, dejando de lado si se tiene un entorno sano.

El factor de la comunicación establece las reglas básicas de su conducta dentro de la relación, las cuales se desenvuelven en círculos viciosos donde se establece una interacción verbal y no verbal, es decir, este factor se responsabiliza de la manera de interactuar y de mantener las conductas codependientes. Entre las cuales se pueden mencionar frases descritas por las pacientes, como: “Te celo porque te quiero”, “No quiero que trabajes, mejor quédate en casa”; “He tenido mejores mujeres que tú” las cuales tuvieron un impacto significativo tanto conductual como emocionalmente, lo cual generó la dinámica de relación e interacción.

Factores socioeconómicos, en esta investigación las pacientes mencionaron que en muchas ocasiones sentían la necesidad de querer terminar la relación cuando eran agredidas físicamente, pero las detenía el sustento económico, es importante mencionar que en estos casos ellas siempre han sido el sustento económico más fuerte, por lo cual, es cierto que en algunos casos este factor influye a mantener la relación pero en otros tanto casos, es utilizado como justificante para no dar por perdida a la pareja.

6. ¿Qué afectaciones presenta una mujer codependiente emocional?

En la investigación se mencionaron algunas de las afectaciones más presentadas en la codependencia, en específico se mencionarán las afectaciones que presentaron las dos pacientes de esta investigación.

Frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde se enfoca en atender las necesidades de su pareja y de otras personas sin tomar en cuenta las propias.

Estado de angustia significativo por una pérdida de la(s) pareja (as), o algún familiar cercano a ellas, hijos, padres.

Atribución de su pérdida de identidad o cambio en su forma de ser debido a las acciones de sus parejas. Se vuelven rescatadoras, víctimas, perseguidoras o controladoras, usando la lastima o la culpa para obtener satisfactores esperados.

Falta de responsabilizarse por sus actos y manipulación de ser víctimas.

Desarrollo de una tensión emocional causada por la falta de consciencia de sus propias necesidades.

Dificultad para establecer límites con personas abusadoras, con sus parejas e hijos.

Dificultades para tomar decisiones.

Ansiedad y miedo de ser el único sustento familiar.

No saber expresar sus pensamientos, emociones y sentir que no puede hacerlo por tener miedo a perder la aprobación.

Aparentar estar bien aun cuando están mal.

Miedo de ser impulsivas o perder el control. Lo cual se pueden presentar en conductas de explosiones de ira y conductas pasivo-agresivas, adicción al trabajo y a la comida.

Requieren de tener a alguien bajo su cuidado, porque al no ser de esta forma, se consideran que no las necesitan.

Les cuesta trabajo confiar en la gente y son desconfiadas por miedo a ser juzgadas.

Trabaja en exceso haciendo cosas que les corresponden a otros.

Mantienen actitudes de perfeccionismo o intento de tomarlo aunque esto suele ser erróneo.

Preocupación excesiva de complacer a su pareja.

Dificultades para establecer relaciones interpersonales sanas, frecuentemente aislamiento del entorno.

Baja autoestima, constantes autocríticas y desvalorización de sí misma.

Afectación en la forma de comunicarse emocionalmente, lo cual tiene afectaciones directas con sus hijos.

Frecuentemente muestran afectaciones de estados emocionales, físicos y en algunos casos patológicos, como desarrollo de adicciones de conducta o sustancias químicas y en otros casos conductas de riesgo como estados depresivos frecuentes o de irá.

Por otra parte, resulta conveniente hablar sobre las limitantes de este estudio. Entre las posibles se encuentran que son pocos los estudios previos de investigaciones que aluden a este tema con bases en tratamientos terapéuticos, la mayoría de las investigaciones exploran y describen a la codependencia, sin embargo, difícilmente se encuentran intervenciones implementadas a nivel individual que formen parte de investigaciones realizadas en algunas universidades por los estudiantes para obtener el título de psicología por lo cual es común solo encontrar propuestas de intervención pero no aplicaciones de ellas.

Una limitante a resaltar es que las sesiones fueron planeadas acorde a la teoría de TBE anterior donde se mencionaba que el tratamiento tenía una duración de 15 sesiones, lo cual fue tomado como referencia para realizar esta intervención y evaluarla, sin embargo, en la actualidad se alude que la TBE, no cuenta con limitantes de número de sesiones en ésta, al igual que en los demás modelos de intervención, se debe desarrollar las sesiones que sean necesarias hasta lograr eliminar el síntoma. Dentro de esta limitante se encuentra el desarrollo de la planeación de aplicar la pos-prueba en la sesión número 15, sin haber tomado en cuenta una planificación que considerara un mayor número de sesiones y una evaluación del tratamiento cuantitativo durante el desarrollo de esta intervención. Es importante mencionar que la TBE se desarrolla de acuerdo a las quejas del paciente no a las percibidas por el terapeuta, lo cual, si es evaluada la intervención desde este punto, las pacientes resaltan que sus quejas fueron atendidas, sin embargo, a percepción del terapeuta el fenómeno codependiente por los resultados arrojados por la pos-prueba aún está latente en las pacientes.

Entre las posibles aportaciones de esta investigación, se puede encontrar una propuesta de intervención con el modelo TBE, y una apertura a explorar las consecuencias emocionales que experimentan los hijos de madres codependientes emocionalmente, así como las vivencias que suelen experimentarse en un núcleo que se desenvuelve en este fenómeno, como esta investigación puede considerarse para consecuentes estudios de interés sobre este tema. Sin lugar a dudas la misma se puede beneficiar de una profundidad en un futuro proceso de intervención guiado por los resultados de la presente investigación; y si estos son registrados metódicamente, se presenta factible conseguir un desarrollo teórico más profundo y una generación de evidencia más consistentes para la atención de los procesos codependientes emocionales en las parejas, y sobre todo en la consciencia de los patrones comportamentales que los desarrollan.

Entre las recomendaciones a destacar para intervenciones futuras, éstas deben enfocarse de acuerdo a las necesidades que el paciente menciona, es importante no limitar las sesiones, es decir, no fijar un número específico de sesiones, ya que esto no es posible delimitarlo, esto se debe considerar para lograr un eficaz tratamiento sin olvidar que la intervención debe concluir hasta lograr eliminar el síntoma, se debe realizar un manejo adecuado de la resistencia recordando que esta se reflejará en el tratamiento, cuando la resistencia no es maniobrada por el terapeuta de forma correcta, lo más conveniente es dejar de forzar a un cambio, si el paciente no lo está solicitando ya que esto puede generar lo contrario que se pretende en el tratamiento e incluso dejar inconclusa la intervención.

Una propuesta para el abordaje de este fenómeno de codependencia emocional sería realizar una investigación más profunda sobre las consecuencias que experimentan los hijos de las madres codependientes, ya que no es un tema que esté explorado, y así generar una intervención en conjunto para posibles tratamientos que sean adecuados para eliminar el síntoma.

De igual forma se propone realiza un abordaje de la codependencia emocional, a partir de la implementación de un taller a nivel preventivo, con una metodología que se desarrolle a fin de lograr informar y dar a conocer el fenómeno de codependencia, desarrollando un abordaje en grupo, que pueda dar apertura a encontrar posibles soluciones para las personas que no les es posible por motivos económicos u otros, llevar a cabo una terapia individual en forma.

REFERENCIAS

- Aiquipa, J. (2012) Diseño y validación del inventario de dependencia emocional–IDE. *Revista de investigación en psicología*, 15(1), 133-145.
- Aiquipa, J. (2012) Diseño y validación del inventario de dependencia emocional–IDE. Tesis para la obtención del grado de licenciado en Psicología, desarrollada por Jesús Aiquipa para la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la ciudad de Lima Perú.
- Arvelo-Jiménez, N. (2014) Movimientos etnopolíticos contemporáneos y sus raíces organizacionales en el sistema de interdependencia regional del Orinoco. *Anuario Antropológico*, (II), 133-160.
- Aramberr, I. (2002) *LA ESCUELA ESTRATÉGICA. Apuntes*,3.
- Beattie, M. (1998) *Libérate de la codependencia*. Buenos Aires: Editorial Sirio S.A.
- Beattie, M. (2005) *Libérate d la codependencia. Como dejar de angustiarte, de controlar y de vivir pendiente de los problemas de los demás. Y como comenzar a ocuparte de ti mismo y a disfrutar de tu propia vida*. México: Sirio.
- Bellack, L. & Small, L. (2005) *Psicoterapia Breve y de emergencia*. México: Pax.
- Bowlby, J. (1995) *Una base segura*. España: Paidós, 145.
- Bueno, M. (1985). *Relaciones de pareja*. Principales Modelos Teóricos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Brugal, M., Rodríguez, A. y Villalbí, J. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 55-62
- Cañero-Pérez, M. (2018) La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales. *Calidad de Vida y Salud*, 11(1).
- Carhuapoma, R., Pérez, J. & Yusseli, S. (2016) Codependencia y aserción en la pareja en mujeres de una Universidad Particular De Chiclayo, 2016.
- Carrazana, V. (2003) El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. Universidad Boliviana: *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1(1), 1-19.

- Carrizales, S. & Fernández, M. (2017). Terapia cognitivo conductual y soluciones con sus alternativas para el desarrollo de habilidades sociales en una joven con baja autoestima. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(4).
- Castello, J. (2000) Análisis del Concepto "Dependencia Emocional" Ponencia expuesta en el I Congreso Virtual de Psiquiatría
- Clavel de Kruff, F.(2004) Las críticas de Popper al psicoanálisis Signos Filosóficos, Vol. VI, Núm. 11s, 85-99 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México.
- Cocores, J. (1987) Co-addiction: A silent epidemic. *Psychiatry Letter*, 5(2), 5-8.
- Coddou, A. & Chadwick, M. (1996) *Evolución del concepto de codependencia*. Tesis. Universidad de Chile.
- Cooley, Ch. H. (1963) *Social organization*. Shocken Books. N.York
- Córdoba, I. & Galindo, I. (2015) *La terapia cognitivo conductual como alternativa para la codependencia emocional en el noviazgo del adulto joven*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Universidad Alzate de Ozumba.
- De La Cruz, M. (2017) *Análisis de las causas que influyen en la codependencia emocional en el noviazgo de mujeres de 18 a 35 años*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Universidad Latina. México.
- De padres tóxicos e hijos codependientes (25 julio de 2000) La Nación Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/26085-de-padres-toxicos-e-hijos-codependientes>)
- Díaz, E. (1989) Análisis una clasificación tentativa. *Revista española de terapia del comportamiento* Vol. 7 (3).
- Díaz, M. (2017) Amor y formación de pareja: Factores implicados en la adolescencia. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia
- Eguiluz, R., Robles, A. & Rosales, J. (2003) *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. México: Editorial Pax.
- Farberman, D. (2017) Psicoterapia para niños y adolescentes. *Med. infant*, 24(2).

- Fernández-Álvarez, H. & Fernández-Álvarez, J. (2017) Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 22(2).
- Frankl, V. E. (2016) *Psicoterapia y humanismo*. México. Fondo de cultura económica.
- Freixa I.& Sanfeliu,F. (2000) La reconsideración de las experiencias adversas de los que conviven con un alcoholíco/a como recurso psicoterapéutico: un hito para asumir la codependencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 25 (3),235- 241.
- Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, Vol.5 No.2.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010, 2006, 2003, 1998, 1991)*Metodología de la Investigación*. (5ª .ed.) México: McGrawHill/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2000) *Metodología de la investigación* México: McGrawHill Interamericana. (6a. ed.).
- Higashida, B. (1996) *Ciencias de la salud*. México: McGrawHill.
- Hodgson, Y. & Osejo, K. (2013) Niveles de codependencia existente en mujeres parejas de hombres drogodependientes, que asisten a la FUNDECI Abril-Octubre 2013: UAN.
- Hoyos, M. L., Arredondo, N. H. L. & Echavarría, J. A. Z. (2007) Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos*, 9(9), 55-69.
- Iturralde, G. (1991) Elección de pareja y contrato matrimonial: necesidades y expectativas en interacción. Tesina. México D.F
- Jaitin, R. (2017) Diversidad cultural en psicoanálisis de pareja y familia. *Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia*, 17 (2).
- Jiménez Burrillo, F. (1977) *Teoría general de sistema y microgrupos*. *Cuaderno de Psicología*, 3 24-35
- Jiménez, O. (1999) La adicción al amor. *Información Psicológica*. p. 31

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. & Virués-Ortega, J. (2005) Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2).
- Latorre, G., Sacoto, M., & Dousdebés, A. (2017) Bienestar psicológico en parejas y codependencia en la etapa de la juventud. *Revista PUCE*.
- Lemos, M. & Londoño, N. (2006) Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 9(2).
- Lira, N. A. H. (2007) *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros En Red.
- López, G. (2003) *Entrenamiento cognitivo emotivo conductual para el manejo de la dependencia y codependencia emocional en la comunidad universitaria*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. FES Zaragoza, UNAM: México.
- López, J. E. M., Escalante, Y. M. P., Keb, R. A., Canto, M. & Chan, N. (2011) La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(3), 176.
- Martins, R. (2012). Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños de 14 a 19 años. Tesis. Universidad De Barcelona.
- May, D. (2000) *CODEPENDENCIA La dependencia controladora, La codependencia sumisa*. BILBAO: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Minuchin, S. (2001) *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España. Editorial Gedisa. S.A.
- Montalvo, J., Espinosa, M. R. & Pérez, A. (2013) Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91.

- Morales, A. (2013) *La codependencia en las relaciones de pareja: sus manifestaciones y alternativas de tratamiento*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM: México
- Morejón, A. R. & Beyebach, M. A. R. K. (1994) Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. *M. Garrido y J. García (Comps.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Morgan, A. (2004). What is narrative therapy? An eassy-to-read introduction. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Murillo, N. & Núñez K. (2010) La autoestima como factor de codependencia en una relación çniversidad de Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, 79.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992) *El arte del cambio*. Herder, 74 y 75.
- Noriega, G. (2011) ICOD Instrumento de Codependencia. México, D.F.: Manual Moderno S.A de C.V.
- Noriega, G. (2013) *El guión de la codependencia en relaciones de pareja. Diagnóstico y tratamiento* .México. Editorial: El Manual Moderno S.A de C.V.
- Osorio, M. C. H. (2013) Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.
- Pichon-Rivière, E. & Taragano, F. (2012) *Teoría del vínculo* (No. 159.964. 2). México: Nueva Visión.
- Ramírez, N. H. & Díaz, C. A. G. (2009) La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Río, J. (1994,2ª ed) *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Prólogo de M. Yela Granizo. Instituto de ciencias del Hombre. Madrid.
- Río, J. (2005) *Los ciclos vitales de la familia y la pareja: ¿crisis u oportunidad?* Colección Educación, Orientación y Terapia Familiar. N°6, Madrid:..Editorial CCS.

- Río, J. (2006) *LA PAREJA: MODELOS DE RELACIÓN Y ESTILOS DE TERAPIA*, Aproximación sistémica. Alcalá: Editorial CCS.
- Rodríguez, D. & León, N. (2015) Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. Tesis Facultad de Ciencias sociales y Humanas.
- Salazar, M. (2017) La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145.
- Sánchez-Barranco, A. & Sánchez-Barranco, P. (2001) Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 7-25.
- Sassenfeld Jonquera, A. & Moncada Arroyo, L. (2006) Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de psicología*, 15(1).
- Schaeffer, B. (2000) Es amor o adicción México: Patria.
- Segovia (2018) *Factores que influyen en el establecimiento de la codependencia emocional en jóvenes universitarios de 20 a 22 años: propuesta de intervención*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Universidad OPARIN: México.
- Tristán, S. & Rangel, A. (2009) Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189.
- Vacca, R. (1999) Psicopatología de la Co-adicción. *Facetas* 4(4). 73-112
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (Eds.). (1997) *Terapia breve estratégica*. Cortina.
- White y Epston (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre		Apellidos	
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Escolaridad		Estado Civil	
Colonia		Calle	
Mz.	Lt.	Delegación o Municipio	
Teléfono (s)		Ocupación	
Motivo de Consulta:			

ANEXO I. Ficha de identificación.

Historia Clínica Multimodal Adultos

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: **Caso 1.**

Edad: **26 años** Grado Escolar: **Secundaria**

Ocupación: **Empleada en una cremería.**

Domicilio: **Batalla Mte de las Cruces , Ecatepec Estado de México**

Sexo: **Femenino**

Estado Civil: **Unión libre.**

Tiempo de la relación de pareja: **10 meses**

Edad de su pareja: **33 años** Grado Escolar: **Desconozco** Ocupación: **Empleado de una carnicería.**

Referido por: **Se omitirá el nombre.**

Parentesco: **Ex -pareja.**

MOTIVO DE CONSULTA

a) Describame la situación por la que busco apoyo y las principales conductas que la hicieron buscar apoyo:

La situación que paso con mis hijos y que realmente no sé por dónde terminar mi relación.

b) Descripción del motivo de consulta por el acompañante:

Mi mamá se enoja mucho, yo quiero que mis papas regresen juntos o irme a vivir con mi papá porque no lo veo, aparte mi mama trabaja mucho tiempo y no me ayuda a las tareas.

c) Descripción del motivo de consulta:

Mi hijo que está pasando una situación de conducta horrible, amenaza ya a un compañero de clase con las tijeras.

DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL

a) ¿Cuándo comenzó esta situación? (Si recuerda fecha, favor de mencionarlo o un periodo aproximado)?

Si, tiene un aproximado de 5 años y empezó por hacerse preguntas por la separación de nosotros (Iván, su padre biológico)

b) ¿A qué atribuye esa situación actual? ¿Cuál cree que es la causa de la misma?

Digo que es por lo mismo de la separación de su papá.

c) Tache el número que mejor describa la severidad de la situación actúa:

1.- Levemente inquietante 2. Moderadamente severo **3. Muy Severo**
4. Extremadamente severo 5. Totalmente incapacitante

d) ¿Ocurrió algún evento o circunstancia cuando iniciaron los problemas?

Sí No

Describalo: **Su conducta de enojarse, su forma de contestar y que amenazaba con pegarle a sus hermanos, le gusta espantarlos y últimamente se orina en la cama por las noches. En la escuela nos sugirieron llevarlo a terapia.**

e) Describa las conductas o comportamientos después que se iniciaron los problemas :

Es muy aislado, muy grosero, no hace las cosas y contesta mucho.

f) ¿Cómo afronta estas dificultades? ¿Qué ha hace y qué evita al respecto? ¿Cuáles han sido los resultados?

Hablo con él pero no me hace caso, no le hago caso a él para ver si así entiende, y ninguno de los dos resulta.

ANTECEDENTES PERSONALES

a) ¿Tiene hermanos? No Sí Hermanos 1 Hermanas 2 Medios hermanos

b) ¿Cuál es el lugar que ocupa entre hermanos? Primero Segundo Tercero Cuarto
_____ Otro

c) ¿Viven sus padres? Sí No ¿Cuál? Madre Padre Los dos

¿Cuál es su edad? Madre: **44 años** Padre:

¿A qué edad falleció? **27 años** ¿Cuál fue la causa de la muerte? **Accidente**

¿Quién? Madre Padre Los dos

d) ¿Con quién usted vive? Especifique parentesco, sexo, edad, ocupación o profesión.

Con mi pareja, masculino, 33 años, empleado en una carnicería, mis cinco hijos: Un hijo de 11 años de edad, 5º grado de primaria, una hija de 10 años, 4º grado de primaria, un hijo de 8 años de edad, en 3º grado de primaria, un hijo de 5 años de edad, una hija de 2 año de edad.

ESTADO SOMÁTICO

a) Dígame cuales de estas enfermedades y/o trastornos han padecido sus familiares; padre, madre, abuelos:

Diabetes Asma Cáncer Alergias Gota Hipertensión

Tiroides Renales Próstata Cefaleas Glaucoma Epilepsia

Calcemia Retraso Mental Obesidad Alcoholismo Depresión

Sordera Tartamudeo Infecciones Fobias Ansiedad Sífilis

Alzheimer Esquizofrenia Lupus Huntington Sonambulismo

Otros (especifique)

Sustancias de consumo: Tabaco Drogas Alcohol

Desconozco esta información Ninguna de la que tenga conocimiento.

b) Dígame cuales de estas enfermedades usted ha padecido:

Diabetes Asma Cáncer Alergias Gota Hipertensión
 Tiroides Renales Próstata Cefaleas Glaucoma Epilepsia
 Calcemia Retraso Mental Sobre peso Alcoholismo Depresión
 Sordera Tartamudeo Infecciones Fobias Ansiedad Sífilis
 Alzheimer Esquizofrenia Lupus Huntington Sonambulismo
 Otros (especifique)

Sustancias de consumo : Tabaco Drogas Alcohol

Desconozco esta información Ninguna de la que tenga conocimiento.

c) ¿Ha recibido usted tratamiento psiquiátrico o psicológico con anterioridad?

No Si

¿Cuál fue el tratamiento?

¿Por qué? ¿Cuál fue el tratamiento?

d) Marque los términos que se apliquen a usted durante su infancia:

Mojar la cama Problemas médicos Problemas legales
 Infancia feliz Depresión Abuso de drogas
 Problemas emocionales y de conducta Abuso sexual Terrores nocturnos
 Miedos a animales o lugares Comer tiza, tierra, etc. Retraído, aislado
 Chuparse el dedo Sonambulismo Pesadillas
 Abuso de alcohol Comerse las uñas Otros(especifique)

e) Historia Menstrual.

¿A qué edad ocurrió la menarquia? **12 años** Tuvo información No Fue un choque emocional para usted

¿Padece malestares durante este periodo? No Si ¿Cuáles? **Cólicos y dolor de piernas.**

¿Afecta su estado de ánimo? No Si ¿En qué forma?

¿Aun menstruación? Si No En caso de que no ¿A qué edad dejo de hacerlo?

f) Historia del Esperma quía (Primera eyaculación que se produjo)

¿A qué edad ocurrió la esperma quía? Tuvo información No Fue un choque emocional para usted

¿Presenta alguna secreción o flujo peneano que considere anormal? Si No

VALORACION DEL SOPORTE SOCIO-FAMILIAR	
a) ¿Cómo reacciona su familia ante sus problemas? ¿Cuál es su comportamiento?	No los mezclo.
b) ¿Cómo se siente usted con esas manifestaciones?	Bien de no comentárselos.
c) ¿Cómo describe su relación con:	<p>Padre: con mi padrastro es muy buena, siempre me apoya.</p> <p>Madre: distante.</p> <p>Hermano (s): alejado.</p> <p>Hermana (s): mala.</p> <p>Abuelo: no convivimos.</p> <p>Abuela no convivimos.</p> <p>Familiares: no convivo.</p> <p>Compañeros de trabajo: tranquilo.</p>
a) ¿Cómo reaccionan sus amigos ante sus problemas? ¿Cuál es su comportamiento?	No informo sobre mis problemas, solo a una amiga, me apoya mucho.
b) ¿Cómo se siente usted con esas manifestaciones?	Con apoyo.
c) ¿Qué palabras utilizan sus amigos para describirlo a usted y/ o a su comportamiento?	Ponte lista.
d) ¿Hace amigos fácilmente? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Por qué? Me gusta hablar.
¿Conserva la amistad? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Por qué? No sabría explicarlo.
e) Marque el grado de conformidad que siente en situaciones sociales	
<input checked="" type="radio"/> Muy relajado (a)	<input type="radio"/> Relativamente incómodo (a)
<input type="radio"/> Relativamente cómodo (a)	<input type="radio"/> Muy ansioso(a)
f) ¿Cómo expresa sus sentimientos, opiniones y deseos a otras personas?	
<input type="radio"/> Directa y adecuadamente	<input checked="" type="radio"/> No suelo expresarme bien
<input type="radio"/> Indirectamente	<input type="radio"/> No los digo
<input type="radio"/> Otro (especifique)	
g) ¿Tiene uno o más amigos con los que se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos?	
<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Por qué? Por qué me brindan su confianza.

h) Complete las siguientes frases con el primer pensamiento que le llegue a la mente

* Una de las formas en que la gente me lastima es: lastimando **a mis hijos.**

* Puedo fastidiar a alguien a través de: **otras personas.**

* Una madre debería: **apoyar a sus hijos.**

* Un padre debería: **brindar apoyo a sus hijos.**

* Un verdadero amigo debería: **guardar lo que uno le confía.**

i) ¿Está satisfecho con su relación conyugal (pareja)? O Si No

¿Por qué? **Antes jugaba con mis hijos, ahora no los soporta, toma mucho, no me ayuda hacer cosa en la casa, se enoja por todo.**

¿Desde cuándo? **Desde el primer mes que vivimos juntos (hace 9 meses atrás)**

j) Tiene problemas de pareja? Si O No ¿Cuáles? **Por celos absurdos.**

k) ¿Cuántas horas al día trabaja? **12 horas** ¿Le satisface su trabajo actual? Si O No ¿Por qué? **Me agrada mi trabajo.**

l) ¿Tiene o ha tenido conflicto con sus superiores? No O Si ¿Cuáles?

¿Cómo los manejo?

RESUMEN MULTIMODAL

ÁREA COGNITIVA

a) Dígame cada una de las palabras que utilice para describirse

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Ambicioso | <input type="radio"/> Poco atractivo | <input type="radio"/> Desesperanzado | <input checked="" type="radio"/> Indeciso |
| <input type="radio"/> Ingenuo | <input type="radio"/> Lleno de penas | <input type="radio"/> Culpable | <input type="radio"/> Inútil |
| <input type="radio"/> Sin valor | <input checked="" type="radio"/> Incapaz | <input type="radio"/> Confuso | <input type="radio"/> Simpático |
| <input checked="" type="radio"/> Valioso | <input checked="" type="radio"/> Malo | <input type="radio"/> Optimista | <input type="radio"/> Sin amor |
| <input type="radio"/> Perseverante | <input checked="" type="radio"/> Leal | <input type="radio"/> Considerado | <input type="radio"/> Honesto |
| <input checked="" type="radio"/> Celoso | <input type="radio"/> Seguro | <input type="radio"/> Competente | <input type="radio"/> Degenerado |
| <input type="radio"/> Atractivo | <input type="radio"/> Conflictivo | <input type="radio"/> Confiable | <input checked="" type="radio"/> Sensible |
| <input type="radio"/> Ideas suicidas | <input checked="" type="radio"/> Olvidadizo | <input type="radio"/> Envidioso | <input checked="" type="radio"/> Estúpido |
| <input type="radio"/> Feo | <input type="radio"/> Inteligente | <input type="radio"/> Loco | <input type="radio"/> Incompetente |
| <input type="radio"/> Inadecuado | | | |
| <input type="radio"/> Indeseable | <input checked="" type="radio"/> Con pensamientos horribles | <input type="radio"/> Cometo muchos errores | |

b) ¿Cuál es su fecha de nacimiento? **14 enero de 1991**

¿Me puede decir en qué ciudad estamos? **Estado de México,**

c) ¿Se le olvidan frecuentemente los nombres de las personas o de las cosas? O Si No

d) Dígame cuál o cuáles de estos pensamientos se aplican a usted:

- Soy un don nadie
- La vida es vacía
- No valgo nada, no me siento útil
- No hay nada que valga la pena
- La vida es un desperdicio
- Me da lo mismo estar vivo que muerto
- Evitaría tomar las medidas necesarias para salvarme la vida
- Las razones para vivir o morir me son indiferentes

e) Dígame las situaciones que se apliquen a usted:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Incapacidad para concentrarse | <input type="radio"/> Irritabilidad | <input type="radio"/> Distraído |
| <input type="radio"/> Preocupación por el tipo de comida, dieta | <input type="radio"/> Uso de laxantes | <input type="radio"/> Píldoras de dieta |
| <input type="radio"/> Palpitaciones, pulso rápido | <input type="radio"/> Tensión muscular | <input type="radio"/> Sudoración excesiva |
| <input type="radio"/> Adormecimiento durante el día | <input type="radio"/> Pesadillas | <input type="radio"/> Comer en exceso |
| <input type="radio"/> Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> Vomitar | <input type="radio"/> Ejercicio excesivo |
| <input checked="" type="radio"/> Sentimientos de culpa | <input type="radio"/> Ensimismado | <input type="radio"/> Ojos llorosos |
| <input type="radio"/> Dolor de espalda | <input type="radio"/> Escuchar voces | <input type="radio"/> Boca seca |
| <input type="radio"/> Preocupación y aprehensión | <input type="radio"/> Dolor de pecho | <input type="radio"/> Sensación de desmayo |
| <input type="radio"/> Pérdida de la conciencia | <input checked="" type="radio"/> No disfruta las cosas | <input type="radio"/> Melancolía |
| <input type="radio"/> Sin sentido del humor | <input type="radio"/> Problemas de audición | <input type="radio"/> Problemas intencionales |
| <input type="radio"/> Problemas estomacales | <input type="radio"/> Desidia | <input type="radio"/> Pérdida de control |
| <input type="radio"/> Visión borrosa | <input type="radio"/> Mareo | <input type="radio"/> Nerviosismo, agitación |
| <input type="radio"/> Estado de ánimo activado, con energía | <input type="radio"/> Problemas de la piel | <input type="radio"/> Malestar estomacal |
| <input checked="" type="radio"/> Sueño sin descanso | <input checked="" type="radio"/> Dolor de cabeza | <input type="radio"/> Fatiga |
| <input type="radio"/> Disgusto al ser tocado | <input type="radio"/> Espasmos musculares | <input type="radio"/> Tics |
| <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Hormigueo | <input type="radio"/> Ronquidos |
| <input type="radio"/> Correr riesgos | <input type="radio"/> Beber en exceso | <input type="radio"/> Insomnio |
| <input type="radio"/> No conserva el trabajo | <input type="radio"/> Aislamiento | <input type="radio"/> Fumar |
| <input type="radio"/> Problemas con la alimentación | <input type="radio"/> Conducta extravagante | |
| <input type="radio"/> Sensación de parálisis, estando acostado | <input type="radio"/> Dolor en las articulaciones | |
| <input type="radio"/> Miedo a enloquecer o morir | <input type="radio"/> Explosiones temperamentales | |

g) Dígame las imágenes que se apliquen a usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Infancia feliz | <input type="radio"/> Sexuales displacenteras | <input type="radio"/> Hacer daño a los demás |
| <input type="radio"/> Seducción | <input type="radio"/> Agresivas | <input type="radio"/> Desesperanza |
| <input type="radio"/> Que va cayendo | <input type="radio"/> Ser perseguido | <input type="radio"/> No enfrentando problemas |
| <input type="radio"/> Sexuales placenteras | <input type="radio"/> Ser amado | <input type="radio"/> Es atrapado |
| <input type="radio"/> Que hablan de usted | <input type="radio"/> Se burlan de usted | <input checked="" type="radio"/> Siendo lastimado por otros |
| <input type="radio"/> Exitoso | <input checked="" type="radio"/> Perdiendo el control | <input type="radio"/> Relaciones sexuales con varias personas |

h) Dígame el número que más refleje su manera de pensar, según la siguiente escala:

1. Total desacuerdo - 2. Desacuerdo - 3. Neutral - 4. Acuerdo - 5. Total acuerdo

- | | |
|--|---|
| No debo proporcionar información personal | 5 |
| Soy víctima de las circunstancias | 3 |
| Mi vida está controlada por fuerzas externas | 2 |
| No merezco ser feliz | 1 |
| Es mi responsabilidad hacer felices a otros | 3 |

i) Por favor responda si ha tenido alguna de estas situaciones

- ¿Ha sentido que su mente o cuerpo estaban siendo controlados de alguna manera en contra de su voluntad?
- ¿Ha creído que otras personas quieren hacerle daño o apresarle porque usted posee secretos especiales?
- Le ocurren cosas extrañas, raras o muy peculiares
- Ha visto u oído cosas que los demás no podían ver ni oír
- Hay temporadas en las que se siente más animado de lo normal
- Hay ocasiones en que se siente muy irritable o cansado la mayor parte del tiempo, sin ninguna razón
- Ha habido días en que siente al mismo tiempo nervioso, ansioso, tenso, sin una razón especial
- Ha tenido que ir a distintos médicos por problema físicos, sin que éstos encuentren la causa
- Ha perdido mucho peso por una dieta voluntaria, que la gente empieza a preocuparse por su salud
- Come con voracidad, rápido, hasta el punto de sentir náuseas
- Ha sentido que ha sido acosado, tratado injustamente o discriminado
- Tiene la sensación de que las demás personas no son como usted
- Los demás piensan que tiene ideas extrañas
- Le incomoda ser observado por un grupo de personas
- Tiene que ejecutar acciones en contra de lo que quiere

j) ¿Cuáles considera usted sus cualidades y talentos más positivos? **Ser sociable y amigable fácilmente.**

k) ¿Está satisfecho con su cuerpo, con su persona? Si No

¿Por qué? **Me gusta todo de mí.** ¿Qué es lo que más le disgusta?

l) ¿Cuáles son sus sueños y fantasías?

Agradables: **Tener un espacio propio para mí y mis hijos, tener una familia unida.**

Desagradables: **Perder a los que yo amo.**

m) De las siguientes cualidades, dígame como se considera a sí mismo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Fuerte | <input type="radio"/> Satisfago mis necesidades | <input type="radio"/> Necesito apoyo de los demás |
| <input type="radio"/> Admirable | <input type="radio"/> Extraordinario | <input checked="" type="radio"/> Sociable |
| <input type="radio"/> El "alma de la fiesta" | <input type="radio"/> Inepto | <input type="radio"/> Inadecuado |
| <input type="radio"/> Descontento | <input checked="" type="radio"/> Maltratado | <input type="radio"/> Escrupuloso |
| <input type="radio"/> Justo, recto | <input checked="" type="radio"/> Nervioso | <input type="radio"/> Rechazado por otros |
| <input type="radio"/> Distante | <input type="radio"/> Introverso | <input type="radio"/> Complaciente |
| <input type="radio"/> Desamparado | <input type="radio"/> Vacío | <input type="radio"/> Sin sentido en la vida |
| <input type="radio"/> Inseguro | <input type="radio"/> Maravilloso | <input type="radio"/> Seductor |
| <input type="radio"/> Dominante | <input type="radio"/> Encantador | <input type="radio"/> Retraído |
| <input type="radio"/> No sabe quién es | <input type="radio"/> No tiene metas, proyectos de vida | |
| <input type="radio"/> Envidiado por otros | <input type="radio"/> Perjudicando por las intenciones de los otros | |
| <input type="radio"/> No me importan los sentimientos de los demás | | |

AREA AFECTIVA:

a) ¿Cuál es su estado de ánimo más frecuente?

- | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Enojo | <input type="radio"/> Fastidiado | <input type="radio"/> Ansioso | <input type="radio"/> Deprimido |
| <input type="radio"/> Feliz | <input type="radio"/> Temeroso | <input type="radio"/> Contento | <input type="radio"/> Aburrido |
| <input type="radio"/> Excitado | <input type="radio"/> Infeliz | <input type="radio"/> Aterrorizado | <input type="radio"/> Indiferente |
| <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Fluctuante | <input type="radio"/> Desanimado | <input type="radio"/> Tranquilo |

b) Dígame cuál de estos sentimiento afectivos predomina en usted:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="radio"/> Agresión, hostilidad, dureza, rechazo de ternura | <input type="radio"/> Indiferencia, optimista, exuberante |
| <input checked="" type="radio"/> Dramático, llamativo, cambiante | <input type="radio"/> Pacífico, tímido |
| <input type="radio"/> Irritación facial, impaciencia ansiedad | <input type="radio"/> Solemne, serio, triste |
| <input type="radio"/> Angustia, irritación, temor a las relaciones | <input type="radio"/> Indiferencia a las situaciones |
| <input type="radio"/> Apático, insensible, apagado | <input type="radio"/> Enfado, desconfianza hacia los demás |
| <input type="radio"/> Desde la normalidad a la ira intensa, luego euforia (voluble, de un extremo a otro) | |

c) En liste sus cinco principales temores:

- 1.-Perder un ser querido.
- 2.-A que uno de mis hijos me rechace.
- 3.-A no hacer bien las cosas.
- 4.-Al enfermar.
- 5.-Perder el control sobre mis hijos.

d) ¿En qué situaciones y actividades es más probable que pierda el control de sus sentimientos, que lo hagan sentir ira? **En una fuerte discusión con mis hijos.**

e) ¿Con cuales personas es más probable que pierda el control de sus sentimientos, que lo hagan sentir enojado?

Con mi pareja o mis hermanas.

f) Describa una situación y actividad que lo haga sentir calmado, relajado
Platicar con alguien sobre cómo me siento.

g) ¿Con cuáles personas se siente calmado, relajado?

Con una amiga.

h) Por favor complete las siguientes frases:

Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que: **me siento fatal.**

Una de las cosas por las que me siento orgulloso (a): **es poder sacar adelante a mis hijos.**

Una de las cosas por las que me siento culpable es: **no poder darles a mis hijos todo lo necesario.**

Me siento de lo más feliz cuando: **mis hijos logran algún objetivo que quieren.**

Una de las cosas que más triste me pone es: **que no se hacer realmente lo que quiero.**

Me enojo muchísimo cuando; **se metan con mis hijos.**

i) Describa como expresa sus emociones más intensas y a quién:

Conductual	Corporal	A quien	
* Enojo	Grito	Dolor de cabeza	Hijos
* Alegría	Sonrió	Sonrió	
* Tristeza	Sueño	Dolor de cabeza	
* Ansiedad	Muevo manos	Me da por mover los dedos	
* Amor	Abrazo	Gestos como sonrisas	Hijos
* Temor	Nervios	Palpitaciones	
* Odio			

AREA SOMATICA

a) ¿Tiene alguna preocupación por su salud? O No Si Describalo: **Siento que hay muchos cambios en mí que no son normales empezando por el dolor de cabeza constante.**

b) ¿Ha tomado medicamentos, prescritos o no por un médico, en los últimos seis meses? No Si
¿Cuáles?

<p>c) ¿Cómo es su alimentación? ¿Lleva alguna dieta? La alimentación no es muy correcta, no ninguna</p> <p>d) ¿Practica algún ejercicio físico?</p> <p><input checked="" type="radio"/> No ¿Por qué? No meda tiempo.</p> <p><input type="radio"/> Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?</p>
<p>e) ¿Practica alguna actividad relajante?</p> <p><input checked="" type="radio"/> No ¿Por qué? No meda tiempo.</p> <p><input type="radio"/> Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?</p>
<p>f) ¿Practica algún pasatiempo o actividad recreativa?</p> <p><input checked="" type="radio"/> No ¿Por qué? No meda tiempo.</p> <p><input type="radio"/> Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?</p>
<p>g) ¿Tiene dificultades para disfrutar el fin de semana? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí Descríbalo: Trabajo todo el día.</p>
<p>h) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para usted misma?</p> <p><input checked="" type="radio"/> No ¿Por qué?</p> <p><input type="radio"/> Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia? Todo el tiempo que me sobra es para mis hijos.</p>
<p>i) ¿Padece actualmente de alguna enfermedad? <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿Cuál?</p> <p>¿Qué tratamiento lleva?</p>
<p>j) ¿Se discutía de sexo en su hogar?</p> <p><input checked="" type="radio"/> No ¿Por qué? No me agrada hablar del tema</p> <p><input type="radio"/> Sí ¿Qué información le dieron?</p>
<p>k) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento sobre sexo? ¿Qué información le dieron?</p> <p>Cuando me junte y fue a los 15 años de edad.</p>
<p>l) ¿Alguna vez ha experimentado o experimenta actualmente ansiedad o culpa por la masturbación o las relaciones sexuales?</p> <p>No nunca</p>
<p>m) ¿Hay detalles relevantes respecto a su primera relación sexual o siguientes experiencias sexuales?</p> <p>No fue agradable, él solo se vino, me dolió mucho, duro poco y no me estimulo.</p>
<p>n) ¿Dígame cualquier preocupación de índole sexual que atenga y no hayamos contemplado?</p> <p>El por qué aun no puedo expresar lo que siento no me abro mucho al tema.</p>
<p>ÁREA INTERPERSONAL Y CONDUCTUAL</p>
<p>a) Datos relativos a la pareja / conyugue</p>
<p>¿Cuánto tiempo utilizaron para conocerse, antes de ser pareja/vivir juntos? Un mes.</p>
<p>¿Cuánto tiempo llevan juntos como pareja? 10 meses.</p>
<p>Edad: 33 años. Ocupación: Empleado de una carnicería.</p> <p>Describe la personalidad de su pareja: Es muy negativo, celoso, arrogante, se siente atacado por todos, es voluble, mentiroso y oculta muchas cosas que hace y que le han pasado.</p>

d) Señale el grado de compatibilidad con su pareja en las siguientes situaciones, de acuerdo con esta escala:

1. Incompatible - 2. Poco compatible - 3. Regularmente incompatible compatible - 4. Compatible - 5.

Muy compatible

* Responsabilidades hogareñas	1	2	3	4	5
* Crianza de los niños	1	2	3	4	5
* Actividades sociales	1	2	3	4	5
* Dinero	1	2	3	4	5
* Comunicación	1	2	3	4	5
* Sexo	1	2	3	4	5
* Progreso académico	1	2	3	4	5
* Progreso ocupacional	1	2	3	4	5
* Independencia personal	1	2	3	4	5
* Independencia de la pareja	1	2	3	4	5
* Felicidad general	1	2	3	4	5

c) Diga una descripción de usted, según un :

* Amigo: **Soy muy buena onda.**

*Pareja: **La mejor mujer.**

*Alguien que no lo quiera: **Soy lo peor**

d) ¿Le preocupa perder a alguien o ser rechazado por alguien? Si No Descríbalo:

Perder a mi madre y ser rechazada por alguno de mis hijos.

e) ¿Qué hábitos desearía?

* Aumentar: **Tener un poco de tiempo para mi nada más.**

*Disminuir: **No trabajar tanto y no descuidar mucho a mis hijos.**

ANEXO II. Historia Clínica Multimodal Caso 1.

Historia Clínica Multimodal Adultos

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: **Caso 2**

Edad: **38 años** Grado Escolar: **Preparatoria Trunca.** Ocupación: **Trabajo de Aseo Domestico**

Domicilio: **Plomo No. 6, Ecatepec de Morelos.**

Sexo: **Femenino**

Estado Civil: **Casada**

Tiempo de la relación de pareja: **10 años**

Edad de su pareja: **39 años**

Ocupación: **Transportista**

Referido por: **Se omitirá el nombre.**

Parentesco: **Amiga.**

MOTIVO DE CONSULTA

a) Describame la situación por la que busco apoyo y las principales conductas que la hicieron buscar apoyo:

Conductas groseras y altaneras de mi hija.

Problemas con mi esposo, gritos, inseguridades.

b) Descripción del motivo de consulta por el acompañante:

Mis papas discuten mucho, todo el tiempo pelean y mi mamá le hace más caso a mi hermana porque es chica que yo.

c) Descripción del motivo de consulta:

Mi hija tiene problemas como miedo a causa de los problemas como peleas y discusiones entre su papa y yo.

DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL

a) ¿Cuándo comenzó esta situación? (Si recuerda fecha, favor de mencionarlo o un periodo aproximado)?

La discusión con mi marido más de 9 años atrás, con mi hija desde hace mucho.

b) ¿A qué atribuye esa situación actual? ¿Cuál cree que es la causa de la misma?

A la falta de comunicación, no podemos expresarnos bien sin gritar.

c) Tache el número que mejor describa la severidad de la situación actúa:

1.- Levemente inquietante 2. Moderadamente severo 3. Muy Severo

4. Extremadamente severo 5. Totalmente incapacitante

d) ¿Ocurrió algún evento o circunstancia cuando iniciaron los problemas? Si No

Describalo: **Por una infidelidad de parte de mi esposo de la cual me entere y con mi hija porque llego a ver como peleábamos , nos gritábamos y en alguna ocupación llego a ver que amenace a su papa con un cuchillo de cocina.**

e) Describa las conductas o comportamientos después que se iniciaron los problemas :

**Groserías, gritos, faltas de respeto, no hacer lo que le pedía eso en caso de mi hija.
Groserías, gritos, faltas de respeto, golpes con mi esposo. (la paciente realiza la agresión física).**

f) ¿Cómo afronta estas dificultades? ¿Qué ha hecho y qué evita al respecto? ¿Cuáles han sido los resultados?

Intentando platicar cada problema, evitamos gritar pero siempre lo terminamos haciendo, no ha funcionado porque, termino corriéndolo de la casa, y cuando veo que se va ir lo detengo.

ANTECEDENTES PERSONALES

a) ¿Tiene hermanos? O No Si Hermanos Hermanas Medios hermanos

b) ¿Cuál es el lugar que ocupa entre hermanos? O Primero Segundo O Tercero O Cuarto
_____ Otro

c) ¿Viven sus padres? Si ¿Cuál? O Madre O Padre Los dos O No

¿Cuál es su edad? Madre: **74 años** Padre: **70 años**

¿A qué edad falleció? ¿Cuál fue la causa de la muerte? ¿Cuál? O Madre O Padre O Los dos

d) ¿Con quién usted vive? Especifique parentesco, sexo, edad, ocupación o profesión.

Esposo, masculino, 39 años, transportista, hijas una de 12 años y una de 7 años, femenina, estudiantes.

ESTADO SOMÁTICO

a) Dígame cuales de estas enfermedades y/o trastornos han padecido sus familiares; padre, madre, abuelos:

O Diabetes O Asma O Cáncer O Alergias O Gota O Hipertensión

O Tiroides O Renales O Próstata O Cefaleas O Glaucoma O Epilepsia

O Calcemia O Retraso O Obesidad O Alcoholismo O Depresión O Sonambulismo

Mental

O Sordera O Tartamudeo O Infecciones O Fobias O Ansiedad O Sífilis

O Alzheimer O Esquizofrenia O Lupus O Huntington O Otros (especifique)

Sustancias de consumo: O Tabaco O Drogas O Alcohol

O Desconozco esta información Ninguna de la que tenga conocimiento.

c) ¿Cómo describe su relación con:

Padre: **hasta el día de hoy bien.**

Madre: **muy bien.**

Hermano (s): **buena.**

Hermana (s): **buena aunque creo que ellas no lo expresan como yo.**

Abuelo: **no convivimos.**

Abuela **no convivimos.**

Familiares: **buena relación.**

Compañeros de trabajo: **buena relación.**

a) ¿Cómo reaccionan sus amigos ante sus problemas? ¿Cuál es su comportamiento?

La mayoría con gran sentimiento para alentándome.

b) ¿Cómo se siente usted con esas manifestaciones?

Relajada

c) ¿Qué palabras utilizan sus amigos para describirlo a usted y/ o a su comportamiento?

Relájate, échale ganas

d) ¿Hace amigos fácilmente? Sí No ¿Por qué? Me gusta platicar.

¿Conserva la amistad? Sí No ¿Por qué? No sé, solo a las personas en las que confió.

e) Marque el grado de conformidad que siente en situaciones sociales

Muy relajado (a)

Relativamente incómodo (a)

Relativamente cómodo (a)

Muy ansioso(a)

f) ¿Cómo expresa sus sentimientos, opiniones y deseos a otras personas?

Directa y adecuadamente

No suelo expresarme bien

Indirectamente

No los digo

Otro (especifique)

g) ¿Tiene uno o más amigos con los que se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos?

Sí No ¿Por qué? **Por la confianza.**

h) Complete las siguientes frases con el primer pensamiento que le llegue a la mente

* Una de las formas en que la gente me lastima es: **no siendo sincera.**

* Puedo fastidiar a alguien a través de :

* Una madre debería: **cuidar.**

* Un padre debería: **proteger.**

* Un verdadero amigo debería: **estar en la buenas y malas.**

i) ¿Está satisfecho con su relación conyugal (pareja)? O Si O No
¿Por qué? **Pues discutimos mucho, nos gritamos, no estamos tiempo juntos, ni hay intimidad.**
¿Desde cuándo? **Hace ya más de 9 años**

j) Tiene problemas de pareja? Si O No ¿Cuáles? **No perdono su infidelidad, soy celosa, nos gritamos, no tenemos intimidad desde hace mucho.**

k) ¿Cuántas horas al día trabaja? **8 hrs** ¿Le satisface su trabajo actual? Si O No ¿Por qué?
Aprecio a mis patronos, son muy buenas personas.

l) ¿Tiene o ha tenido conflicto con sus superiores? No O Si ¿Cuáles?
¿Cómo los manejo?

RESUMEN MULTIMODAL

ÁREA COGNITIVA

a) Dígame cada una de las palabras que utilice para describirse:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Ambicioso | <input type="radio"/> Poco atractivo | <input type="radio"/> Desesperanzado | <input checked="" type="radio"/> Indeciso |
| <input type="radio"/> Ingenuo | <input type="radio"/> Lleno de penas | <input type="radio"/> Culpable | <input type="radio"/> Inútil |
| <input type="radio"/> Sin valor | <input checked="" type="radio"/> Incapaz | <input type="radio"/> Confuso | <input type="radio"/> Simpático |
| <input checked="" type="radio"/> Valioso | <input checked="" type="radio"/> Malo | <input type="radio"/> Optimista | <input type="radio"/> Sin amor |
| <input type="radio"/> Perseverante | <input checked="" type="radio"/> Leal | <input type="radio"/> Considerado | <input type="radio"/> Honesto |
| <input checked="" type="radio"/> Celoso | <input type="radio"/> Seguro | <input type="radio"/> Competente | <input type="radio"/> Degenerado |
| <input type="radio"/> Atractivo | <input type="radio"/> Conflictivo | <input type="radio"/> Confiable | <input checked="" type="radio"/> Sensible |
| <input type="radio"/> Ideas suicidas | <input checked="" type="radio"/> Olvidadizo | <input type="radio"/> Envidioso | <input checked="" type="radio"/> Estúpido |
| <input type="radio"/> Feo | <input type="radio"/> Inteligente | <input type="radio"/> Loco | <input type="radio"/> Incompetente |
| <input type="radio"/> Inadecuado | <input type="radio"/> Indeseable | | |
| <input checked="" type="radio"/> Con pensamientos horribles | | <input type="radio"/> Cometo muchos errores | |

b) ¿En qué año estamos? **2017** ¿Cuál es su fecha de nacimiento? **17**
abril de 1979

¿Me puede decir en qué ciudad estamos? **Estado de México,**

c) ¿Se le olvidan frecuentemente los nombres de las personas o de las cosas? O Si No

d) Dígame cuál o cuáles de estos pensamientos se aplican a usted

Nota: Evito responder a

esta pregunta.

- Soy un don nadie
- La vida es vacía
- No valgo nada, no me siento útil
- No hay nada que valga la pena
- La vida es un desperdicio
- Me da lo mismo estar vivo que muerto
- Evitaría tomar las medidas necesarias para salvarme la vida
- Las razones para vivir o morir me son indiferentes

e) Dígame con cual se identifica:

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="radio"/> Incapacidad para concentrarse | <input type="radio"/> Irritabilidad | <input checked="" type="radio"/> Distraído |
| <input type="radio"/> Preocupación por el tipo de comida, dieta | <input type="radio"/> Uso de laxantes | <input type="radio"/> Píldoras de dieta |
| <input checked="" type="radio"/> Palpitaciones, pulso rápido | <input type="radio"/> Tensión muscular | <input type="radio"/> Sudoración excesiva |
| <input type="radio"/> Adormecimiento durante el día | <input type="radio"/> Pesadillas | <input checked="" type="radio"/> Comer en exceso |
| <input type="radio"/> Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> Vomitar | <input type="radio"/> Ejercicio excesivo |
| <input checked="" type="radio"/> Sentimientos de culpa | <input type="radio"/> Ensimismado | <input type="radio"/> Ojos llorosos |
| <input type="radio"/> Dolor de espalda | <input type="radio"/> Pérdida de la conciencia | |
| <input type="radio"/> Escuchar voces | <input checked="" type="radio"/> Preocupación y aprehensión | |
| <input checked="" type="radio"/> Dolor de pecho | <input type="radio"/> Sensación de desmayo | |
| <input type="radio"/> No disfruta las cosas | <input checked="" type="radio"/> Melancolía | |
| <input type="radio"/> Sin sentido del humor | <input type="radio"/> Problemas de audición | |
| <input type="radio"/> Boca seca | <input type="radio"/> Problemas intelectuales | |
| <input type="radio"/> Problemas estomacales | <input type="radio"/> Desidia | <input checked="" type="radio"/> Pérdida de control |
| <input type="radio"/> Visión borrosa | <input type="radio"/> Mareo | <input checked="" type="radio"/> Nerviosismo, agitación |
| <input type="radio"/> Estado de ánimo activado, con energía | | |
| <input type="radio"/> Problemas de la piel | <input type="radio"/> Malestar estomacal | |
| <input type="radio"/> Sueño sin descanso | <input type="radio"/> Dolor de cabeza | <input type="radio"/> Fatiga |
| <input type="radio"/> Disgusto al ser tocado | <input type="radio"/> Espasmos musculares | <input type="radio"/> Tics |
| <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Hormigueo | |
| <input checked="" type="radio"/> Miedo a enloquecer o morir | <input type="radio"/> Sensación de parálisis, estando acostado | |
| <input type="radio"/> Ronquidos | <input type="radio"/> Dolor en las articulaciones | |
| <input type="radio"/> Correr riesgos | <input type="radio"/> Beber en exceso | |
| <input type="radio"/> Explosiones temperamentales | <input type="radio"/> No conserva el trabajo | |
| <input type="radio"/> Aislamiento | <input checked="" type="radio"/> Problemas con la alimentación | |
| <input type="radio"/> Insomnio | <input type="radio"/> Fumar | <input type="radio"/> Conducta extravagante |

f) Dígame las imágenes que se apliquen a usted

- | | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="radio"/> Infancia feliz | <input type="radio"/> Sexuales displacenteras | <input type="radio"/> Hacer daño a los demás |
| <input type="radio"/> Seducción | <input type="radio"/> Agresivas | <input type="radio"/> Desesperanza |
| <input type="radio"/> Que va cayendo | <input type="radio"/> Ser perseguido | <input type="radio"/> No enfrentando problemas |
| <input type="radio"/> Sexuales placenteras | <input type="radio"/> Ser amado | <input type="radio"/> Es atrapado |
| <input type="radio"/> Que hablan de usted | <input checked="" type="radio"/> Se burlan de usted | <input checked="" type="radio"/> Siendo lastimado por otros |
| <input type="radio"/> Exitoso | <input type="radio"/> Perdiendo el control | <input type="radio"/> Relaciones sexuales con varias personas |

g) Dígame el número que más refleje su manera de pensar, según la siguiente escala:

1. Total desacuerdo - 2. Desacuerdo - 3. Neutral - 4. Acuerdo - 5. Total acuerdo

No debo proporcionar información personal	4
Soy víctima de las circunstancias	1
Mi vida está controlada por fuerzas externas	1
No merezco ser feliz	1
Es mi responsabilidad hacer felices a otros	1

h) Por favor responda si ha tenido alguna de estas situaciones

¿Ha sentido que su mente o cuerpo estaban siendo controlados de alguna manera en contra de su voluntad?

i) ¿Ha creído que otras personas quieren hacerle daño o apresarle porque usted posee secretos especiales?

- Le ocurren cosas extrañas, raras o muy peculiares
- Ha visto u oído cosas que los demás no podían ver ni oír
- Hay temporadas en las que se siente más animado de lo normal
- Hay ocasiones en que se siente muy irritable o cansado la mayor parte del tiempo, sin ninguna razón
- Ha habido días en que siente al mismo tiempo nervioso, ansioso, tenso, sin una razón especial
- Ha tenido que ir a distinto médicos por problema físicos, sin que éstos encuentren la causa

- Ha perdido mucho peso por una dieta voluntaria, que la gente empieza a preocuparse por su salud
- Come con voracidad, rápido, hasta el punto de sentir náuseas
- Ha sentido que ha sido acosado, tratado injustamente o discriminado
- Tiene la sensación de que las demás personas no son como usted
- Los demás piensan que tiene ideas extrañas
- Le incomoda ser observado por un grupo de personas
- Tiene que ejecutar acciones en contra de lo que quiere

j) ¿Cuáles considera usted sus cualidades y talentos más positivos? Trabajadora, y buena persona.

k) ¿Está satisfecho con su cuerpo, con su persona? O Si No

¿Por qué? **Estoy gorda, me veo fea y me doy asco** ¿Qué es lo que más le disgusta? **Que me veo fea.**

l) ¿Cuáles son sus sueños y fantasías?

Agradables: **Seguir estudiando, ver a mis hijas tener una profesión.**

Desagradables:

m) De las siguientes cualidades, dígame como se considera a sí mismo:

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Fuerte | <input type="radio"/> Retraído | <input type="radio"/> Admirable | <input type="radio"/> Extraordinario |
| <input type="radio"/> Sociable | <input type="radio"/> Satisfago mis necesidades | | |
| <input type="radio"/> El "alma de la fiesta" | <input type="radio"/> Inepto | <input type="radio"/> Inadecuado | |
| <input type="radio"/> Descontento | <input type="radio"/> Maltratado | <input type="radio"/> Escrupuloso | |
| <input type="radio"/> Justo, recto | <input type="radio"/> Nervioso | <input type="radio"/> Rechazado por otros | |
| <input type="radio"/> Distante | <input type="radio"/> Introverso | <input type="radio"/> Complaciente | |
| <input type="radio"/> Desamparado | <input type="radio"/> Vacío | <input type="radio"/> Sin sentido en la vida | |
| <input type="radio"/> Inseguro | <input type="radio"/> No sabe quién es | <input type="radio"/> No tiene metas, proyectos de vida | |
| <input type="radio"/> Envidiado por otros | <input type="radio"/> Perjudicando por las intenciones de los otros | | |
| <input type="radio"/> Dominante | <input type="radio"/> Maravilloso | <input type="radio"/> Seductor | |
| <input type="radio"/> Encantador | <input type="radio"/> No me importan los sentimientos de los demás | | |
| <input type="radio"/> Necesito apoyo de los demás | | | |

AREA AFECTIVA:

a) ¿Cuál es su estado de ánimo más frecuente?

- Enojo Fastidiado Ansioso Deprimido
 Feliz Temeroso Contento Aburrido
 Excitado Infeliz Aterrorizado Indiferente
 Normal Fluctuante Desanimado Tranquilo

b) Dígame cuál de estos sentimiento afectivos predomina en usted:

- Agresión, hostilidad, dureza, rechazo de ternura Indiferencia, optimista, exuberante
 Dramático, llamativo, cambiante Pacifico, tímido
 Irritación facial, impaciencia ansiedad Solemne, serio, triste
 Angustia, irritación, temor a las relaciones Indiferencia a las situaciones
 Apático, insensible, apagado Enfado, desconfianza hacia los demás
 Desde la normalidad a la ira intensa, luego euforia (voluble, de un extremo a otro)

c) En liste sus cinco principales temores:

- 1.-Morir.
- 2.-No poder dar apoyo a mis hijas.
- 3.-Perder a mi madre.
- 4.-No ser autosuficiente.
- 5.- Tener siempre miedo hacer cosas.

d) ¿En qué situaciones y actividades es más probable que pierda el control de sus sentimientos, que lo hagan sentir ira? **Cuando mi esposo me levanta la voz o cuando me pruebo mi ropa para salir y veo que me veo horrible y él dice que me veo bien.**

e) ¿Con cuales personas es más probable que pierda el control de sus sentimientos, que lo hagan sentir enojado?

Con la gente que me critica.

f) Describa una situación y actividad que lo haga sentir calmado, relajado

Platicar con toda la seriedad posible.

g) ¿Con cuáles personas se siente calmado, relajado?

Amigas.

h) Por favor complete las siguientes frases:

Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que: **enojada con mi esposo y con mi hija mayor.**

Una de las cosas por las que me siento orgulloso (a): **mis hijas**

Una de las cosas por las que me siento culpable es: **no saber decir las cosas como son**

Me siento de lo más feliz cuando: **salimos en familia.**

Una de las cosas que más triste me pone es: **que mis hijas me ven como mala.**

Me enojo muchísimo cuando; **me gritan**

i) Describa como expresa sus emociones más intensas y a quién

	Conductual	Corporal	A quien
* Enojo	Lloro	Palpitaciones, lagrimas	Esposo
* Alegría	Cantando	Cuerpo relajado sin peso	Hijas
* Tristeza	Seria, no hablo	Con lagrimas	
* Ansiedad	Comiendo	Meda hambre	
* Amor	Sonrió, abrazo	Gestos como sonrisas	
* Temor	Nerviosa	Sudoración	
* Odio			

AREA SOMATICA

a) ¿Tiene alguna preocupación por su salud? O No Si Describalo: **Mi peso excesivo**

b) ¿Ha tomado medicamentos, prescritos o no por un médico, en los últimos seis meses?

No O Si ¿Cuáles?

c) ¿Cómo es su alimentación? ¿Lleva alguna dieta? **Mal, como muchas cosas que no son sanas, no llevo dieta.**

d) ¿Practica algún ejercicio físico?

O No ¿Por qué?

Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia? **Zumba, cada tercer día**

e) ¿Practica alguna actividad relajante?

O No ¿Por qué?

O Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?

f) ¿Practica algún pasatiempo o actividad recreativa?

No ¿Por qué? No tengo mucho tiempo en realidad.

O Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?

g) ¿Tiene dificultades para disfrutar el fin de semana? No O Sí Descríbalo: Suelo **salir con mis hijas, y si esta mi esposo salimos los cuatro a comer o al parque.**

h) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para usted misma?

No ¿Por qué? **Tengo que trabajar.**

O Sí ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?

i) ¿Padece actualmente de alguna enfermedad? No O Si ¿Cuál?

¿Qué tratamiento lleva?

j) ¿Se discutía de sexo en su hogar?

No ¿Por qué? **Mi esposo evita el tema, y a mis hijas aún no se les habla de eso.**

O Si ¿Qué información le dieron? **La protección que se debe tener para no quedar embarazada.**

k) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento sobre sexo? ¿Qué información le dieron?

En secundaria, me explicaron la protección que se debe tener para no quedar embarazada.

l) ¿Alguna vez ha experimentado o experimenta actualmente ansiedad o culpa por la masturbación o las relaciones sexuales? **No**

m) ¿Hay detalles relevantes respecto a su primera relación sexual o siguientes experiencias sexuales? **No**

n) ¿Dígame cualquier preocupación de índole sexual que atenga y no hayamos contemplado?

No tengo relaciones con mi conyugue desde hace mucho tiempo, mi pareja lo evita.

ÁREA INTERPERSONAL Y CONDUCTUAL

a) Datos relativos a la pareja / conyugue

¿Cuánto tiempo utilizaron para conocerse, antes de ser pareja/vivir juntos? **10 años.**

¿Cuánto tiempo llevan juntos como pareja? **12 años.**

Edad: **39 años.**

Ocupación: **Transportista.**

Describe la personalidad de su pareja: **Enojón y trabajador**

b) Señale el grado de compatibilidad con su pareja en las siguientes situaciones, de acuerdo con esta escala

1. Incompatible - 2. Poco compatible - 3. Regularmente incompatible compatible - 4. Compatible - 5. Muy compatible

* Responsabilidades hogareñas	1	2	3	4	5
* Crianza de los niños	1	2	3	4	5
* Actividades sociales	1	2	3	4	5
* Dinero	1	2	3	4	5
* Comunicación	1	2	3	4	5
* Sexo	1	2	3	4	5
* Progreso académico	1	2	3	4	5
* Progreso ocupacional	1	2	3	4	5
* Independencia personal	1	2	3	4	5
* Independencia de la pareja	1	2	3	4	5
* Felicidad general	1	2	3	4	5

c) Diga una descripción de usted, según un :

* Amigo: **Buena persona y muy fregona.**

*Pareja: **Buena esposa y madre.**

*Alguien que no lo quiera:

d) ¿Le preocupa perder a alguien o ser rechazado por alguien? Si No Describalo:

De mucha gente en general.

e) ¿Qué hábitos desearía?

* Aumentar: **Dedicar más tiempo a mis hijas, casa y esposo.**

*Disminuir: **Mi flojera, miedo.**

ANEXO III. HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL CASO 2.

Aplicación de pre-prueba del cuestionario ICOD. Por respeto a la privacidad del paciente se cubrirán los nombres.

ICOD Cuestionario

Gloria Noriega Gayol

Nombre _____ Ocupación Empleada Estado civil Union libre
 Edad 26 años Escolaridad Secundaria

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	No	Sí			Puntuación
		Poco	Regular	Mucho	
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
12. ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
15. ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
17. ¿Teme quedarse sola?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
22. ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
26. ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
28. ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Total **56**

ICOD
Formulario Factorial
Gloria Noriega Gayol

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factor 1. Mecanismo de negación	Puntuación
V23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	1
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	3
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	3
V19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	3
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	2
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	2
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	1
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	3
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	2
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	2
V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	3
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	2
Total	27

Factor 2. Desarrollo incompleto de la identidad	Puntuación
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	2
V17 ¿Teme quedarse sola?	0
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	2
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	2
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	1
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	2
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	3
Total	12

Factor 3. Represión emocional	Puntuación
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	1
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	1
V12 ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	3
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	1
Total	6

Factor 4. Orientación rescatadora	Puntuación
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	2
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	3
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	3
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0
Total	11

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso por escrito de la Editorial

STMP
92-2



ANEXO IV. INSTRUMENTO DE APLICACIÓN PRE-PRUEBA CASO 1.

Aplicación de pos-prueba del cuestionario ICOD.

ICOD
¿Es el Cuestionario ICOD?
Gloria Noriega Gayol

Nombre _____ Ocupación Empleada Estado civil union libre
Edad 26 años Escolaridad secundaria

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	No	Sí			Puntuación
		Poco	Regular	Mucho	
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
12. ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
15. ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
17. ¿Teme quedarse sola?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
22. ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
26. ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
28. ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

ICOD I
Formulario Factorial
 Gloria Noriega Gayol

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factor 1. Mecanismo de negación	Puntuación
V23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	1
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	1
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	1
V19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	1
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	1
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	2
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	3
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	1
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	1
V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	1
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	2
Total	15

Factor 2. Desarrollo incompleto de la identidad	Puntuación
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0
V17 ¿Teme quedarse sola?	0
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	1
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	2
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	3
Total	6

Factor 3. Represión emocional	Puntuación
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	1
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0
V12 ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	2
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	1
Total	4

Factor 4. Orientación rescatadora	Puntuación
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	1
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	2
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	2
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0
Total	8

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso por escrito de la Editorial

ETP
92-2

44890001092028

ANEXO V. INSTRUMENTO DE APLICACIÓN POS-PRUEBA CASO 1.

Aplicación de pre-prueba del cuestionario ICOD.

ICOD Cuestionario Gloria Noriega Gayol

Nombre _____ Ocupación Trabajo Domestico Estado civil casada 12
 Edad 38 Escolaridad Preparatoria truncada

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	No	Sí			Puntuación
		Poco	Regular	Mucho	
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
12. ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
15. ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	1
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
17. ¿Teme quedarse sola?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
22. ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	0
26. ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
28. ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	<input type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

ICOD
Formulario Factorial
Gloria Noriega Gayol

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Factor 1. Mecanismo de negación	Puntuación
V23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0
V19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	3
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	2
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	1
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	1
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	3
V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	1
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0
Total	14

Factor 2. Desarrollo incompleto de la identidad	Puntuación
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0
V17 ¿Teme quedarse sola?	0
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	3
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	3
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	3
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	3
Total	12

Factor 3. Represión emocional	Puntuación
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	2
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0
V12 ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	3
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	3
Total	8

Factor 4. Orientación rescatadora	Puntuación
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	2
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	2
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	2
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	2
Total	13

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso por escrito de la Editorial

MP
92-2



ANEXO VI. INSTRUMENTO DE APLICACIÓN PRE-PRUEBA CASO 2.

Aplicación de pos-prueba del cuestionario ICOD.

ICOD
Cuestionario
Gloria Noriega Gayol

Nombre _____ Ocupación Trabajo Domestico Estado civil Casado
Edad 39 Escolaridad Preparatoria trunca

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	No	Si			Puntuación
		Poco	Regular	Mucho	
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0	X	2	3	1
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	X	1	2	3	0
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0	1	2	X	3
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	X	1	2	3	0
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	X	1	2	3	0
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	X	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	X	1	2	3	0
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	X	2	3	1
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	2	X	3
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	X	3
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	0	1	X	3	2
12. ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	X	3
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	X	1	2	3	0
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	2	X	3
15. ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	0	1	X	3	2
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	X	1	2	3	0
17. ¿Teme quedarse sola?	0	X	2	3	1
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	X	1	2	3	0
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	X	1	2	3	0
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	0	X	2	3	1
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	1	X	3	2
22. ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	X	1	2	3	0
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	X	1	2	3	0
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	X	1	2	3	0
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	X	1	2	3	0
26. ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	X	3	2
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	X	1	2	3	0
28. ¿Le admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	0	X	2	3	1
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	2	X	3
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	1	X	3	2

Nota: Este cuestionario está impreso en papel no acepte y no entregue este angulo.

Manuel Moderno®
D.R. © 2011 por
Editorial Manuel Moderno, S.A. de C.V.
Av. Toluca 206, Col. Berridosos 06180, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 33

Total **35**

ICOD
Formulario Factorial
Gloria Noriega Gayol

© Ediciones AT Masque (Moderno) Escapar de la abstracción en el día.

Factor 1. Mecanismo de negación	Puntuación
V23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0
V19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	0
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	3
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	2
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	2
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	2
V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	3
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0
Total	12

Factor 2. Desarrollo incompleto de la identidad	Puntuación
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0
V17 ¿Teme quedarse sola?	1
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	1
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	2
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	2
Total	6

Factor 3. Represión emocional	Puntuación
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	1
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	1
V12 ¿Cuando está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	3
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	0
Total	5

Factor 4. Orientación rescatadora	Puntuación
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	3
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	3
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	1
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	2
Total	12

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etc.— sin permiso por escrito de la Editorial.

ATP
92-2



ANEXO VII. INSTRUMENTO DE APLICACIÓN POS-PRUEBA CASO 2.

Planeación de las sesiones.

En este apartado se anexan las sesiones que se llevaron a cabo durante el tratamiento, al final de algunas de estas planeaciones de sesión se realizan comentarios u observaciones de lo que ocurrió durante la sesión de los casos.

Nombre de la sesión: Presentación del caso.				Sesión No.: 1
Objetivo: Establecer el motivo de consulta.		Tiempo de duración: 1 hora con 10 minutos.		
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Presentación	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía. Presentación de los que se encuentran en el consultorio.	5 Minutos		Establecer el Rapport.
Descripción del motivo de consulta	Este es descrito por el paciente y el acompañante de una manera verbal.	10 Minutos		Conocer el motivo de consulta.
Ficha de Identificación	Formulación del llenado de los datos de identificación, como nombre, dirección, sexo, ocupación e información del paciente.	5 Minutos	✍ Formato de Ficha de identificación ✍ Pluma	Mantener información del paciente.
Historia Clínica Multimodal	Formulación de los datos: <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del episodio actual. • Antecedentes personales. • Valoración del soporte socio-familiar. Resumen Multimodal de las áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Cognitiva • Afectiva-somatica • Interpersonal y conductual. 	30 Minutos	✍ Formato de Historia Clínica Multimodal ✍ Pluma	Identificar áreas importantes del aconteciendo que está presente.

Retro-alimentación	Verificación del llenado del formulario. Retro alimentación de los datos obtenidos. En este se generaliza que síntomas están presentes y la problemática a tratar de lo que solicita el paciente.	10 Minutos		Plantear el objetivo de la terapia a solicitud del paciente.
Prescripción de la tarea a realizar	Se describe la tarea que se dejara acabo en el Caso 1. Observar que propicia las conductas que desagradan tanto al hijo como a la mamá. (En estos casos, fueron los que asistieron al consultorio). Caso 2. Observar que propicia las conductas que desagradan tanto a la hija como a la mamá. (Cuestionarse si alguna de las dos tiene la razón para tomar esa conducta)	10 Minutos		

Nota u observaciones relevantes: Recordemos que el motivo de consulta estaba en referencia a la atención de los comportamientos des adaptativos del menor, relevante a mencionar porque los casos fueron tomados en cuenta después de una primera consulta.

Esta sesión se establece como la primera para la investigación en los dos casos, a presentar, debido a que fue en esta donde se presentaron ya las mujeres a pedir la terapia para ellas.

En la prescripción la tarea del caso 1 y caso 2 cambia un poco por la edad, el sexo y por cómo es la relación de convivencia (en el primer caso mamá está ausente mucho tiempo, en el caso dos la confrontación es constante junto con discusiones entre madre e hija).

Es de importante hacer mención que la hoja de consentimiento de documentar la sesión y los resultados de su tratamiento fueron firmados en esta misma sesión.

Nombre de la sesión: Exploración y Diagnostico del síntoma.				Sesión No.: 2
Objetivo: Establecer el diagnóstico y conocer el síntoma.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Conversación de lo que ocurrió durante la semana	Este es descrito por el paciente de una manera verbal. Acontecimientos relevantes que le pasaron en la semana.	6 Minutos		Conocer lo que para el paciente puede ser relevante mencionar y evaluar si es extenso, mínimo o casi nulo al expresarse.
Revisión de la prescripción	El paciente debe describir lo que se dejó de prescripción y describir lo que observo. En este se describen las conductas que propiciaron desagrado. (Ejemplo: Que si me enoja con mi pareja, les grito a mis hijos o que me enoja que busque más a su papá que a mí, caso 1, que mi hija se molesta porque a su hermana la abrazo más que a ella, pero ya note que no me nace hacerlo con ella, caso 2).	10 Minutos		Reconocer las conductas que pueden describir el síntoma.

<p>Confrontación de los resultados de la prescripción.</p>	<p>El terapeuta se encarga de establecer en el dialogo estrategias de forma de persuadir a la paciente para que logre reconocer las conductas que propiciaron desagrado, esto con la finalidad de que el paciente tenga una percepción más amplia de lo que está ocurriendo en realidad. (Es decir: En el caso uno se menciona seda cuenta que su enojo ocasionado por la pareja tiene consecuencia en sus hijos, en el segundo caso, ahora que ya noto que no le nace abrazar a su hija mayor, me puede decir, que es lo que la detiene hacerlo).</p>	<p>15 Minutos</p>		<p>Lograr que el paciente tenga reconocimiento del síntoma y cómo se desarrolla en las dinámicas interpersonales.</p>
<p>Aplicación del ICOD</p>	<p>Aplicación del Cuestionario ICOD. Evaluando los factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de negación. • Desarrollo incompleto de la identidad • Represión emocional • Orientación rescatadora 	<p>10 Minutos</p>	<p>✍ Manual de aplicación ICOD. ✍ Cuestionari o ICOD. ✍ Pluma.</p>	<p>Diagnosticar el síntoma.</p>
<p>Retro-alimentación</p>	<p>Se retoman las conductas que fueron reconocidas por el terapeuta como relevantes para el tratamiento y se realiza una retroalimentación de lo que ellas pueden representar para el paciente y para otro miembro de la familia en este caso sus hijos. Con la finalidad de dejar la siguiente prescripción.</p>	<p>10 Minutos</p>		<p>Reafirmar el reconocimiento de cada conducta relevante para el tratamiento y buscar una manera de manejar esas conductas.</p>

<p>Prescripción de la tarea a realizar.</p>	<p>Considerar que conducta puede sustituirse para no generar el desagrado consigo mismo o con sus hijos. (Ejemplo: En el caso 1, la conducta puede modificar, es llegar a casa y no gritarle a sus hijos, por la discusión con su pareja, en este caso la conducta a cambiar sería en lugar de gritar, hablar y expresar con su pareja su molestia o enfado, en el caso 2, cambiar la conducta de abrazar solo a su hija menor, por abrazos a las dos, sin pensar que la hija mayor la confronta con su realidad)</p>	<p>5 Minutos</p>	<p>✍ Hoja de la prescripción</p>	<p>Reconocer las conductas que pueden generar un cambio en la percepción del síntoma.</p>
<p>Nota u observaciones relevantes: En el caso dos cuando se hizo la confrontación de la conducta de no abrazar a su hija, como terapeuta por el dialogo que se llevó en la sesión y la propia descripción de cómo es la relación con la hija mayor se pudo notar , que la resistencia y el rechazo se generaba por que la hija mayor en diversas ocasiones la confrontaba preguntando:” ¿si era feliz? y diciéndole a la paciente que “ estaría mejor la separación porque todo el tiempo discuten” (hace referencia a las discusiones que le toco percibir entre la paciente y su pareja, padre de la menor) por ende, el terapeuta debe prestar atención en las descripciones de la prescripciones para reconocimiento de lo que describe y mantiene al síntoma.</p>				

Nombre de la sesión: Exploración del síntoma.				Sesión No.: 3
Objetivo: Reconocer las características el síntoma.		Tiempo de duración: 1 hora.		
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Conversación de lo que ocurrió durante la semana	Este es descrito por el paciente de una manera verbal. Acontecimientos relevantes que le pasaron en la semana.	6 Minutos		Conocer lo que para el paciente puede ser un evento relevante a tratar en sesión.
Revisión de la prescripción	El paciente debe describir lo que se dejó de prescripción y describir las conductas sugeridas a modificar. En este se describen las conductas que el paciente considera que puede modificar y el terapeuta de la misma forma hace sus sugerencias. (Sugerencia de ejemplos del terapeuta: Sustituir un grito, por hablar, sustituir una discusión por una respiración profunda, sustituir un gesto facial de desagrado o desaprobatorio por una expresión verbal, que explique que me incomodo o me que me hizo sentir).	10 Minutos		Reconocer las conductas que pudieron generar un cambio en la percepción del síntoma.

<p>Entrevista semi-estructurada de las vivencias en pareja.</p>	<p>El terapeuta se encarga de establecer en el dialogo estrategias de exploración sobre posibles patrones de comportamiento y reconocimiento de círculos viciosos. Se realizan la entrevista de manera respetuosa y permitiendo que la paciente se exprese sin importar que sea prolongado su discurso (a fin de obtener la mayor información posible). En algunos casos las vivencias son tan fuertes que en ocasiones se debe dar contención.</p>	<p>30 Minutos</p>		<p>Reconocer las características del síntoma de codependencia y que experiencias vivenciales de pareja tiene la paciente.</p>
<p>Prescripción de la tarea a realizar.</p>	<p>Considerar que la prescripción se llevara acabo de acuerdo al dialogo y las características destacadas en la entrevista semiestructurada.</p> <p>En esta prescripción se pide que la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilice la prescripción anterior para llevar a cabo el cambio de las conductas sugeridas a modifica (determinadas por ella y por el terapeuta). - Se pide que cuando se diga a si misma palabras negativas como “tonta , no sirves par nada” o frases que ella se mencione en todo el día las escriba en un pedazo de cinta masking y se la pegue por dentro de la ropa, al finalizar el día las ponga en una hoja blanca y les ponga fecha, se pide que se llevan esas hojas a la siguiente consulta. 	<p>10 Minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Hoja de la prescripción. ✗ Cinta masking ✗ Pluma ✗ Hoja blanca 	<p>Reconocer las conductas que pueden generar un cambio en la percepción del síntoma.</p> <p>Hacer que la paciente reconozca su percepción de sí mismas y modificar la percepción de ser necesario.</p>

Nota u observaciones relevantes: La entrevista semiestructurada, está compuesta por preguntas que fueron basadas en las características y factores que desarrolla una persona codependiente, las cuales fueron retomadas de la literatura de esta investigación, con la finalidad de establecer una confirmación del diagnóstico y exploración del síntoma codependiente en las pacientes de estos casos.

El terapeuta debe estar atento al lenguaje verbal y no verbal del paciente, ya que esta última también nos otorga información.

La prescripción de esta sesión depende de lo que la paciente menciona en la entrevista, en estos dos casos hicieron referencias constantes de cosas negativas así mismas y de la verbalización que sea hacen durante el día, la prescripción de esta última tarea tiene como finalidad reconocer su percepción de sí mismas, al ponerse estas etiquetas durante el día y percibir al finalizar el día puede tener un efecto en su percepción de lo que para ellas significaran esas frases negativas y en la eliminación de esta conducta (es decir, la prescripción esta generada para rechazar el hecho de tener etiquetas, por lo cual, en automático las pacientes dejaran de hacerlo, ya que tras la prescripción de escribirse frases negativas durante el día es un ejemplo claro que la manera más eficaz de romper una compulsión irrefrenable es ritualizarla mediante un preciso contrarritual terapéutico.)

Nombre de la sesión: Reconocimiento de quien mantiene al síntoma.				Sesión No.: 4	
Objetivo: Reconocer quien es el responsable de realizar un cambio y establecer quien obtendrá los beneficios.				Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea					
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo	
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.	
Introducción del trabajo de la sesión.	El terapeuta explica al paciente que durante la sesión se realizaran diversas preguntas esperando pueda responder a ella de la manera más honesta. Preguntar al paciente si tiene alguna objeción o duda.	6 Minutos		Establecer lo que se trabajar en la sesión.	
Revisión de la prescripción	El paciente debe describir lo que se dejó de prescripción y describir si existió algún cambio.	5 Minutos		Reconocer las conductas que pudieron generar un cambio.	
Reconocimiento de quien mantiene al síntoma	El terapeuta pide que en el pizarrón ponga el nombre de los integrantes de la familia en este mismo se pide que ponga enfrente de cada nombre que considera que ellos deberían cambiar para mejorar la relación en casa, en esta lista debe estar incluido su nombre y también lo que considera debe modificar.	35 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Pizarron. ✍ Plumones. ✍ Borrador de pizarrón. 	Reconocer las características del síntoma de codependencia y que experiencias vivenciales de pareja tiene la paciente.	

	<p>Ahora debe hacer mención de como su comportamiento de ellos le afecta a ella. Ejemplo: (Nombre) Mi hija (que deben cambiar) debería hare caso a la primera (En que le afecta) en que me enojo porque le tengo que estar gritando para que me ponga atención.</p> <p>(Nombre)Mi esposo (que debe cambiar) su indiferencia (en que le afecta) que no puedo hacerme cargo de todo yo, cuando le llamo la atención a las niñas él no me apoya.</p> <p>Ahora se le pregunta a la paciente ¿qué has hecho tu cuando ves estas conductas, que consideras que has hecho para cambiarlas?</p> <p>El terapeuta menciona que juntos pueden ver cuáles pueden ser las opciones para que las cosas cambien ,el terapeuta puede hacer sugerencias (ejemplo en base al ejemplo anterior: Que te parece si en lugar de gritarle a tu hija para que te haga caso, mejor vas directamente hacia ella la miras a los ojos y le indicas lo que necesita hacer y que si no lo hace tendrá una consecuencia (las consecuencias por lo general se dejan a griterío de la paciente, aclarando que no pueden ser extremistas y deben cumplirse), en este caso después se le indica que imagine o se ponga en el lugar de la otra persona (que intente pensar si le agradaría que la llamaran la atención de esta forma o si en realidad le está afectando el comportamiento de otra persona o solo ella se quiere involucrar en cambiarlo porque a ella no le agrada eso de la otra persona.)), se pone a ver lo que pudo provocar su reacción de ella en la otra persona (ejemplo: qué tal si su hija se sintió mal porque usted le grito, o porque simplemente sabe que no pasa nada si no le hace caso o si bien tal vez ella no lo quería hacer en ese momento pero lo haría más tarde). Esto se realizara con las conductas que la paciente refiera en la actividad a fin de lograr insertar una</p>			
--	---	--	--	--

	<p>reestructura de cómo reacciona ante los demás y como deja que sus actitudes influyan en ella.</p> <p>Dentro de esta sesión se le preguntara a la paciente si ¿sabe decir que “no”? (Es decir, si alguien le pide un favor y usted no puede hacerlo o no quiere le dice definitivamente no? (o termina diciendo si aunque quería decir no).</p> <p>El terapeuta le pide un ejemplo de las veces que el paciente ha querido decir no y termina diciendo si en base a esto el terapeuta puede explorar la necesidad del paciente para ser aprobado por los demás.</p>			
<p>Prescripción de la tarea a realizar.</p>	<p>El terapeuta le hará mención al paciente que de hoy en adelante aprenderá a decir: “NO”.</p> <p>Se le pide a la paciente que en una hoja de post it, a note la palabra no y debajo de ella las cosas que le han quedado más marcadas por no haber dicho que “NO” y las consecuencias que ha traído no haberlo dicho.</p> <p>Se le pide antes de dar un si piense si lo puede hacer, si esto no afecta sus tiempos, si es algo que de verdad le agradaría hacer o si lo hace solo por compromiso, si tiene los recursos para hacerlo y si la respuesta es “NO” lo diga pensando en que es lo ¿peor que puede pasar?</p> <p>Se le pide que intenta llevar acabo el ejercicio de decir no hasta en lo más sencillo en no dar un permiso o en no hacer algo que puede hacer alguien más, en caso de no pódelo llevar acabo va anotar el NO en el pos it, y pondrá a que no le pudo decir que no.</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Hoja de la prescripción. Post it</p>	<p>Reconocer las conductas que pueden generar un cambio en la percepción del síntoma.</p>

Nota u observaciones relevantes:

Las personas codependientes, no dicen "NO" por el miedo a perder la aprobación de los demás o de no cumplir con las expectativas que ellos consideran los demás tienen de ellos. La finalidad de la prescripción es que ella aprenda a decir no, ya que esto generara en las pacientes limites que pueden ser necesarios, en la prescripción el terapeuta debe dar diversos ejemplos con la finalidad de hacerle saber a la paciente las consecuencias que puede generar el no saber poner límites.

Nombre de la sesión: Dialogo con los hijos, confrontación del responsable.				Sesión No.: 5
Objetivo: Reconocer quien es el responsable de las dinámicas de relación en casa, y logara un acercamiento de diálogo entre madre e hijo (a).				Tiempo de duración: 1 hora.
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	2 Minutos		Establecer el Rapport.
Introducción del trabajo de la sesión.	El terapeuta explica al paciente que durante la sesión se realizaran diversas preguntas esperando pueda responder a ella de la manera más honesta. Preguntar al paciente si tiene alguna objeción o duda. Enfatizar en la importancia de escuchar.	6 Minutos		Establecer lo que se trabajar en la sesión.
Dialogo con los hijos.	El terapeuta coloca dos sillas en medio del consultorio de forma que los respaldos queden recargados justo uno de otro. Se reparte una ficha a cada uno de los participantes, con su respectiva pluma. El terapeuta pide presten atención a las preguntas que se realicen y que cada uno escriba su respuesta en la ficha. Al termino de las preguntas, se realizara un dialogo donde cada uno de la respuesta de lo que escribió y su punto de vista de porque lo piensa de esa forma.	20 Minutos 15 Minutos	✍ Dos sillas. ✍ Dos fichas de trabajo. ✍ Dos Plumas.	Reconocer quien es el responsable de las dinámicas de relación en casa, y logara un acercamiento de diálogo entre madre e hijo (a).

Retroalimentación de la sesión.	El terapeuta pide que mamá salga del consultorio, para preguntarle al menor como se sintió y saber qué piensa de la sesión y si considera que le sirvió de algo hablar con su mamá, al término de esto pide que el menor salga del consultorio, realizando las mismas preguntas con la mamá y dando una retroalimentación de lo ocurrido en sesión.	10 Minutos		Retroalimentar a los pacientes y explorar como se sintieron en la sesión.
Prescripción de la tarea a realizar.	El terapeuta indica a la paciente que se deberá romper el hielo afectuoso, pidiendo que intente abrazar a sus hijos muchas veces al día. Dos se indica que se debe realizar una plática con los hijos fuera del consultorio de que les molesta o desagrada la otra persona. Tres en una hoja el hijo le pondrá a su mamá lo que espera que cambie en ella y al revés mamá en una hoja pondrá lo que espera que cambie del hijo (estas pueden ser conductas) por ejemplo: Que mamá ya no grite, que mi hijo ya no sea tan enojón (na). El terapeuta pide que la siguiente sesión se traiga la prescripción por escrita de lo que acordaron cambiar.	8 Minutos	✍ Hoja de la prescripción. ✍ Hojas blancas para realizar la actividad.	

Nota u observaciones relevantes: Este modelo de TBE, va realizando una evolución constante del tratamiento con cada prescripción. Los avances de esta dependen de un solo cambio en algún comportamiento o conducta.

Las preguntas que se trataron en sesión fueron: Menciona una frase que describa a la otra persona, ¿Estado Frecuente de mamá o de hijo (a)?, ¿Persona favorita?, ¿Quién hace más cosas en casa? ¿Quién inicia la discusión en casa? ¿Algo que nunca le dije que me molesta mucho? ¿Algún momento familiar feliz? ¿Algún momento incomodo? ¿Algo que no puedo olvidar?, ¿Lo que más me gusta?, ¿Lo que no me gusta de mí?, ¿Quién es la persona alegre en casa?, ¿Quién es la persona madura en casa?, ¿Qué creen que falta en casa?, la finalidad de estas preguntas era hacer una confrontación de la dinámica que se vive en casa y exploración de con quien existe empática en casa, la prescripción tiene como objetivo, que la madre codependiente note las afectaciones que existen en su núcleo familiar y en la relación con sus hijos y que finalmente pueda dialogar con su hijo para ir cambiando la dinámica de su relación, entre ellos.

Nombre de la sesión: Mirar y aceptar lo que merezco como persona.				Sesión No.: 6
Objetivo: Lograr un cambio en la percepción de identidad y establecimiento de nuevas conductas.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Revisión de la prescripción anterior .	El paciente debe describir lo que se dejó de prescripción y mostrar la actividad escrita. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente. El terapeuta debe dar una retroalimentación de lo que pretendía la prescripción y compararlo con lo que menciono el paciente, a fin de saber si cumplió su función.	10 Minutos		Reconocer los resultados que se obtuvieron en la prescripción.
Introducción del trabajo de la sesión.	El terapeuta explica al paciente que durante la sesión se trabajara con un espejo y un plumón, esperando que la actividad sea de su agrado. El terapeuta pide que antes de entrar de lleno a la actividad, la paciente realice tres inhalaciones profundas, a fin de relajarla.	6 Minutos		Establecer la disponibilidad de trabajar en la sesión.

<p>Mirar y aceptar lo que merezco como persona</p>	<p>El terapeuta coloca es espejo en una parte del consultorio donde exista una excelente luz. El terapeuta le indica a la paciente que debe colocarse frente al espejo. (El terapeuta no da ninguna indicación, solo observa y escucha o que la paciente hace frente al espejo), después de breve minuto se pide la paciente con el plumón escriba en el vidrio todas las palabras que se le cruzaron al mirarse frente al espejo. Después se solicita que el paciente se vulva mirar al espejo y lea cada frase que puso en él, se le pide si puede describir los peores defectos y las mejores virtudes de la persona que está viendo frente a él. Se le pregunta ¿te gusta lo que ves? (en este momento se comienza a intervenir con la percepción, el terapeuta tiene como finalidad, logar reestructurar una nueva percepción de la identidad, pero generada a partir del dialogo que el paciente mismo describa). Durante la realización de esta actividad se le pide a la paciente que pronuncie las cosas que considera merecer.</p> <p>Al termino de esto, se le pide a la paciente que regrese a sentarse a la silla y cierre los ojos, visualizando una imagen de ella misma donde se perciba con todo lo negativo que menciono, al tener la imagen visualizada se le pide que realice un moviente ocular de izquierda a derecha como si borrara la imagen a fin de que al término de este movimiento ocular se visualizar con una imagen que le gustara percibirse a sí misma, se pide se quede con esa imagen y se dé un fuerte abrazo , enfatizando lo que merece tener.</p> <p>Retro alimentación de cómo se sintió durante la sesión.</p>	<p>30 Minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Espejo. ✍ Plumón para vidrio. ✍ Música de fondo relajante 	<p>Lograr un cambio en la percepción de identidad y establecimiento de nuevas conductas.</p>
--	---	-----------------------	---	--

<p>Prescripción de la tarea a realizar.</p>	<p>El terapeuta hace la indicación que al llegar la noche la paciente se visualice de cómo se quiere ver en el futuro, y pide que si durante el día se siente incómoda con ella misma, se vea en un espejo y se reclame por todo lo que no logra ver reflejado en ella.</p> <p>Se pide que para la siguiente sesión lleve una foto (impresa en papel) de la persona que considera la ha lastimado (en este caso las pacientes llevan las fotos de su pareja) y se enuncia que requieren llevar una de sí mismas.</p>		<p>✍ Hoja de prescripción. ✍ Espejo de bolsillo.</p>	
<p>Nota u observaciones relevantes: La TBE, busca obtener cambios en las percepciones de forma que la estrategia este basada en sofiones no intentadas, con ello quiero resaltar que la prescripción tiene como objetivo prescribir el síntoma de modo que al pedir que lo haga de forma consciente en automático elimine esta sensación de incomodidad.</p> <p>El movimiento ocular que se pidió que realizara la paciente fue tomada de una terapia conocida como EMDR (Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular) que es un abordaje psicoterapéutico integrativo. Recordemos que la TBE, busca estrategias que puedan dar soluciones por ende es válido que la investigación nos permita llevar acabo modelos integrativos de tratamiento.</p> <p>Las pacientes: Describieron sentir un cambio al verse al espejo de forma más positiva, en el caso 2 , la paciente refirió no sentir ya asco y no volver a decirse eso al verse al espejo.</p>				

Nombre de la sesión: Perdonar y perdonarse.				Sesión No.: 7
Objetivo: Realizar un proceso de cerrar círculos dolorosos e integrar nuevas expectativas.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	3 Minutos		Establecer el Rapport.
Revisión de la prescripción.	<p>El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió.</p> <p>El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.</p>	6 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Perdonar y perdonarse.	<p>El terapeuta le pide a la paciente que saque sus imágenes que le pidió la sesión pasada.</p> <p>Las cuales se colocan en el escritorio frente a la paciente, se le pide que coloque sus manos a lado de silla, que cierre los ojos un momento y que realice inhalaciones profundas (esto con fin relajar a la paciente y colocarla en un ambiente cómodo).</p> <p>Ahora se pida abra los ojos y observe con atención las imágenes de las personas que tiene frente a ella, se pide que tome la pluma y escriba sobre la imagen las cosas que la han lastimado de esa persona y que le haga saber lo mal que la ha hecho sentir.</p> <p>(El terapeuta debe dejar que fluya todo el conjunto de emociones sin intentar contenerlas).</p>	40 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Una silla. ✍ Imagen impresa de la pareja o (as). ✍ Imagen impresa de sí mismas. ✍ Pluma. ✍ Sillón cómodo (si es posible) 	Realizar un proceso de cerrar círculos dolorosos e integrar nuevas expectativas.

	<p>Al término de escribirlas se le pide a la paciente que las lea en voz alta como si estuviera esa persona frente a ella. (Los pacientes al tener que verbalizar las cosas se afrontan al significado de cada palabra).</p> <p>Se le pide que le escriba o que le diga algo que nunca le había dicho pero que siente la necesidad de hacerlo (puede ser algún comentario, puede ser una conducta, puede ser inclusive lenguaje vulgar, a fin de poder expresar y sacar lo que se tiene dentro).</p> <p>Lo mismo hace con su imagen de ella misma.</p> <p>Al terminar de realizar esto se pide que la paciente exprese como se sintió al hacer esta actividad. Ahora se le pide que se coloque en el sillón en una posición que para ella sea cómoda y realice de nuevo inhalaciones profundas y cierre los ojos.</p> <p>El terapeuta se colocara sentado frente al sillón y pedirá a la paciente que repita las siguientes palabras: “Te tomo tal como eres. Tu eres parte de mi vida, tu eres una persona que es y fue importante y con la que compartí cosas de mi vida. No habrá otro momento donde se repita lo que vivimos. Tú eres una persona, y como yo también cometes errores. Todo lo que está en ti también está en mí. Estoy de acuerdo con que compartimos grandes momentos y otros dolorosos. Yo hoy (Nombre de la paciente) te perdono a ti (nombre de la persona que te lastimo) por el daño que me causaste (se agregan cosas que escribió la paciente en las imágenes; ejemplo: por golpearme) y te dejo libre y en paz porque no necesito recordar eso en mi vida.</p> <p>Tomo lo bueno que me diste (como mis hijos) que es un montón y bastante; el resto lo hago yo cisma. Ahora haz lo que hazas y estés donde estés, te doy el perdón y me quedo en el presente para ser feliz”</p>			
--	---	--	--	--

	Se pide a la paciente que visualice como si esa persona se alejara de ella y verbalmente se despida de ella. Que ya que esa persona se fue, se abraza a sí misma y se pida perdón por las cosas que ha permitido que le pasen y se agradezca por quererse a partir de hoy.			
Retroalimentación de la sesión	Se pide realice respiraciones profundas y exprese como se sintió.	5 Minutos		Exploración de la sesión.
Prescripción del síntoma.	Comenzar a consentirse a uno mismo. El terapeuta pide a su paciente se abraza así misma todos los días por las mañanas y se agradezca por iniciar un nuevo día. El terapeuta, indica que cuando se perciba la persona enojada, tome encuesta: 1.- Si lo que la molesta es un reproche del pasado o del presente 2.- Quien fue el causante de la molestia, 3.- La conducta es la adecuada para expresar mi enfado.	5 Minutos	✍ Hoja de prescripción.	
<p>Nota u observaciones relevantes: En la prescripción el terapeuta debe de pedir un ejemplo a su paciente para ejemplificarle como se debe realizar (Ejemplo del caso 2: “Pues me molesta cuando mi pareja llega de trabajar y me pide de comer, porque me recuerdo de que antes yo le tenía todo listo en la mesa y el me engaño (El terapeuta debe confrontarlo con decirle “En esto me está refiriendo usted cosas del pasado, no del presente. Debo hacerle de su conocimiento que usted decidió perdonarlo y no lo puede seguir castigando por algo que quedo ocurrió en el pasado, si su decisión es ya no volverle a servir de comer debe hacerle mención a él de eso, haciéndole saber que es la causa de su infidelidad la que hizo que perdiera que usted le quiera servir de comer ”)</p> <p>La prescripción pretende que al enfatizar y reconocer conductas de esta índole se canalice en enfado de una manera más manejable, y que por ende no se recurra a conductas anteriores donde se inicien discusiones de reproche del pasado.</p>				

Nombre de la sesión: En listar el error en común de la gente con la que se elige relacionarse.				Sesión No.: 8
Objetivo: Lograr que el paciente perciba si el error común de la gente con la que se relaciona es error suyo o de ellos.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Breve charla de cómo fue su semana antes de la siguiente consulta. Revisión de la prescripción.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	4 Minutos 7 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
En listar el error en común de la gente con la que se elige relacionarse.	El terapeuta se encarga de mencionarle a la paciente lo que se trabajara en sesión, enunciándole que se le pide su disposición a trabajar. Se le indica que en la hoja blanca de ver poner el nombre de la gente que considera le ha dejado buenas y malas expectativas (se solicita el nombre de sus pareja y exparejas o del miembro de familia con el que choca más y con el que empaticè) En frente de esos nombres colocar lo que le agrado de esa persona. En otra columna lo que le desagrado de esa persona. Al término de esta lista se pide que subraye	40 Minutos	✍ Hojas blancas ✍ Pluma ✍ Marca textos.	La finalidad es conocer uno los patrones de elección de sus parejas en el caso 1. La finalidad es conocer los patrones de convivencia que mantienen las discusiones en casa en el caso 2.

	<p>Las cosas o las frases en común que le desagrada de diferentes personas (Ejemplo: Si Martin es inseguro, y Pancho también tiene inseguro se subraya) de la misma forma en la columna de lo que le agrada de la otra persona.</p> <p>Al finalizar se le pide a la paciente que enuncie las palabras o características en común de las personas que menciono y se realiza un dialogo donde el terapeuta logre persuadir sutilmente a la paciente a analizar si la elección de convivir con gente que tiene errores en común como celos, inseguridad, mentira, El terapeuta le pregunta al paciente ¿es error de la otra persona o error tuyo por permitir que esas conductas desagradables te pasen a ti o se las permitas?.</p> <p>Con este dialogo se pretende afrontar a la paciente con su responsabilidad de permitir que si estas personas se expresan de esa forma, ella permita que lo hagan así ella. Cuando ella misma puede poner un límite y no dejar que esta conducta se repita. El terapeuta debe dar ejemplos. (Ejemplos utilizados en la sesión: Si mi marido es celoso y mi hija también, debo de poner un límite de respetar mis espacios y confrontar con que esa clase de conductas no son agradables para mí, si él revisa mi celular entonces, me hace creer que él también hace algo malo (de esta forma se confronta las conductas que nos desagradan, si él es grosero solo conmigo a igual que mi mamá, entonces; debo ser consciente que la culpable soy yo por permitirlo). De esta forma se hará el dialogo tomando las palabras que subrayo.</p> <p>Retroalimentación de lo que logro darse cuenta la paciente y si considera esto hará un cambio en su elección de juzgar a los demás antes que a ella misma por permitir conductas de ese tipo.</p>			<p>Que la paciente perciba y sea consciente del error común de sus relaciones</p>
--	---	--	--	---

Prescripción	El terapeuta le indica a la paciente que cada que ella se sienta víctima de los malos tratos de otra persona, recuerde que ella es la responsable por permitirlo y que se debe preguntar qué debe hacer para cambiarlo.	6 Minutos.	✍ Hoja de precepción.	Lograr la percepción del síntoma de la paciente codependiente.
<p>Nota u observaciones relevantes: En la revisión de la prescripción los pacientes mencionaron haber cambiado en la forma de reaccionar y mostrar su enfado, en el caso 2, paciente refirió sentirse con menos carga y que ahora cuando su esposo le pide de comer no se molesta.</p> <p>Recordar que la sesiones se adaptan al paciente en el caso de la paciente 1 , se pedirá la lista de sus ex parejas, en el caso de la paciente 2, el nombre de su pareja actual y de las personas con las que más convive puede (ser mama, hija, patrones, amigas)</p>				

Nombre de la sesión: Confrontación del autoengaño y nuestra justificación.				Sesión No.: 9
Objetivo: Lograr que la paciente perciba su autoengaño y como este ha afectado su vida.				Tiempo de duración: 1 hora.
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Breve charla de cómo fue su semana antes de la siguiente consulta. Revisión de la prescripción.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	4 Minutos 7 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Confrontación del autoengaño y nuestra justificación.	El terapeuta indica a la paciente que necesita que indique y recuerde todas las veces que se había sentido víctima de otra personado y que indique las veces que ella lo permitió, dando un porque permitió estas conductas. Se pide que se levante y escriba en un pizarrón las que marcaron su vida de esas veces.	40 Minuto	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Pizarrón. ✍ Plumón de pizarrón. ✍ Borrador. 	Lograr que la paciente perciba su autoengaño y como este ha afectado su vida.

	<p>Al termino de escribirlas se establece un dialogo de cada una de ellas donde se realiza una confrontación utilizando la respuesta que dio el paciente del ¿porque? (con esto se pretende que el terapeuta en el dialogo exponga que su porque no es una justificación valida. Cuando se termine trabajar en cada una de las expuestas y de confrontarla, se le indica que diga cómo cada una de ellas le ha afectado en su vida, al término de ello se le pide que ahora mencione esas ¿si esas afectaciones han tendido consecuencias en las personas que la rodean?(Ejemplo : hijos, trabajo, pareja) El propósito es concientizar que las conductas que justificamos tienen consecuencias en todo nuestro entorno y al no aceptar las y justificarlas no nos permitimos salir de círculos viciosos.</p> <p>Se realiza un dialogo estratégico donde el terapeuta realice maniobras de impacto para romper estas conductas.</p> <p>Retroalimentación de lo que él paciente pudo notar que estaba haciendo mal y como se siento.</p>			
Prescripción	<p>El terapeuta indica al paciente que ahora cada que quiera dar una justificación de alguna conducta impropia piense en las consecuencias que esta puede llegar a atener y que vea si es mejor justificarla o intentar confrontarla. Pedirle a la paciente que la siguiente sesión se presente en el consultorio con la ropa que más le guste y se sienta cómoda y segura.</p>	5 Minutos	✍ Hoja de Prescripción.	Lograr la percepción y eliminación de conductas que son vistas como características de codependencia.
<p>Nota u observaciones relevantes: En la revisión de la prescripción de la sesión pasada, las pacientes mencionaron sentirse culpables por hacerse víctimas de cosas que ellas han permitido.</p>				

Nombre de la sesión: Presentación de ¿quién soy yo?				Sesión No.: 10
Objetivo: Logar que la paciente se sienta segura de sí misma.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Revisión de la prescripción.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	4 Minutos 7 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Presentación de ¿quién soy yo?	El terapeuta indica a la paciente que ahora ella, en esta sesión tenga que hacer un dialogo de todo lo que ella. Actividades de exposición : - Una bibliografía de ella misma. - Realizar una tira del tiempo de metas a corto, mediano y largo plazo. - Descripción de lo que le gusta de ella misma.	40 Minutos		Logar que la paciente se sienta segura de sí misma.

	<p>- Descripción de lo que no le gusta de ella.</p> <p>- Cosas que le gustaría cambiar, ¿porque? ¿Para quién?</p> <p>El terapeuta confronta si lo hace por otras personas refutando que los cambios deben de ser para beneficio de ella.</p> <p>El terapeuta antes de toda la sesión coloca un espejo en una parte del consultorio, al terminar de darle las indicaciones el terapeuta pide que la paciente se coloque de lado frente al espejo (es decir que se refleje uno de sus perfiles y asea izquierdo o derecho), se pide que haga una exposición de lo que se le pidió empezará a crear su dialogo. (Que imagine estar frente a una audiencia presentándose).</p> <p>El terapeuta debe prestar atención a la postura corporal de la paciente y al ver una incorrecta pedir que voltio a verse frente al espejo, haciéndole énfasis que debe recordar verse segura de misma, esto lo hará cada que ocurra esto en la sesión.</p> <p>El terapeuta le hará mención a la paciente de cada conducta que muestra timidez o inseguridad haciendo énfasis de ejemplos de esta conducta en su vida cotidiana de forma de hacerla consiente de lo que quiere reflejarle a los demás.</p> <p>El terapeuta menciona “Como te ven, te tratan”, a fin de pedir que el paciente enfatice lo que para él puede significar esta frase.</p> <p>El terapeuta indica que la paciente se coloque frente al espejo y se vea como una persona poderosa, pidiendo que tome una postura derecha, pecho fuera, mirada al frente y recuerde que esa seguridad es con la que debe caminar por la calle y para sí misma.</p>			
--	---	--	--	--

Prescripción.	El terapeuta indica que cada que se levante se arregle como si fuera el último día que la dejaran verse hermosa. Que recuerde la frase de “cómo te ven, te tratan” y que intente mantener la mirada al frente, no al piso, o si lo considera mejor que la mantenga por más tiempo en el piso.	6 Minutos	 Hoja de prescripción	
---------------	--	--------------	---	--

Nombre de la sesión: Hoy rompo el silencio de buscar tu aprobación.				Sesión No.: 11
Objetivo: Lograr que la paciente reconozca que tiene derecho a dar su punto de opinión.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Breve charla de cómo fue su semana antes de la siguiente consulta. Revisión de la prescripción.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	4 Minutos 7 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Hoy rompo el silencio de buscar tu aprobación.	El terapeuta indica que en esta sesión se debe abrir la paciente a expresarse de manera escandalosa y permitirse de ser necesario decir palabras fuertes. Se pide tome un pedazo de plastilina y empiece hacer bolitas. Que luego realice una envoltura en forma de cuerpo con el papel reciclado. Ahora el terapeuta pide recuerde un momento donde se haya sentido rechazada, juzgada , maltratada, ahora con todo esto se le pide que se levante de la silla y se coloque frente a una pared , y que haga de cuenta que ahí están esas personas a las que nunca les expreso como se sentía , ahora se le pide que verbalice de manera fuerte y si lo necesario con reclamos todo lo que la han	40 Minutos	✍ Papel reciclado ✍ Plumín. ✍ Plastilina. ✍ Tierra y una maceta pequeña	Lograr que la paciente reconozca que tiene derecho a dar su punto de opinión.

	<p>hecho sentir , al monto de comenzar a verbalizar esto se le pide que comience arrojando la plastilina a esa personas. Cada palabra va ir seguido de una bola de plastilina. (Se pretende hacer la apertura de aceptar dar su opinión y expresarse).</p> <p>Al término de esta se le pide que tome el muñeco reciclado y le escriba con el plumín las palabras que tiene presente que nunca pudo expresar o de las que quiso reclamar y no hizo, para que al término rompa el muñeco y lo entierre en la maceta como representación de que a partir de ahora dará su punto de vista y su opinión de cómo se siente.</p>			
Prescripción.	<p>Si se siente molesta y considera que no va actuar de la mejor manera salir a caminar y tomar una piedra para estrellarla junto al piso, acompañada de una verbalización que no pudo decirle a la otra persona y quería hacerlo.</p>	5 Minutos	✍ Hoja de Prescripción.	Lograr la percepción y eliminación de buscar a la aprobación de los demás.
Nota u observaciones relevantes:				

Nombre de la sesión: Reconocimiento de mis mayores problemas y faltas.				Sesión No.: 12
Objetivo: Lograr que la paciente se perciba a sí misma como ser humano que pueda aceptar cometer errores y reconocer que no es perfecta.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Breve charla de cómo fue su semana antes de la siguiente consulta. Revisión de la prescripción.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió. El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	4 Minutos 7 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Reconocimiento de mis mayores problemas y faltas.	El terapeuta indica a la paciente que necesita que indique ¿a quién le ha fallado?, ¿Por qué lo considera así?, ¿A partir de que considera que le fallo? (Confrontar a la paciente, si en realidad puede considerarse un fallo). En marcar cosas que sí pudieron ser consideradas un fallo por los hijos (Esta información se fue obtenida en la entrevista con los menores de edad). En esta estrategia de sesión lo que se intenta es confrontar que la responsabilidad de lo que ocurre en casa y en su vida son todas consecuencias de sus acto que hace o permite que hagan los demás	40 Minutos		Lograr que la paciente se perciba a sí misma como ser humano que pueda aceptar cometer errores y reconocer que no es perfecta.

	<p>en su vida. (En esta sesión la paciente tiene que reconocer que ella, no puede cambiar a los demás, peor si una versión de ella misma).</p> <p>En esta sesión el terapeuta afronta a la paciente con frases como “debes permitirte cometer errores”, “aceptar que por no cometerlos has cometido faltas peores que no solo te involucran a ti”. (El dialogo que se establece, debe llevar ejemplos claros de las consecuencias que atendió el miedo a no equivocarse y a confrontar que en realidad lo ha hecho)</p> <p>Realizar una retroalimentación de la sesión y saber cómo se sintió la paciente.</p>			
Prescripción	<p>El terapeuta hace mención que cada que considere que ella no puede cometer errores o le cueste trabajo aceptar tomar una decisión, revise y recuerde esta sesión como recordatorio que el no querer cometer errores y querer controlar lo que no puede la lleva a cometer unos más grandes los errores.</p>		✍ Hoja de Prescripción.	Lograr la percepción de reconocer las faltas como mamá y pareja, codependiente.
<p>Nota u observaciones relevantes: En sesión hay una frase que constantemente suelo utilizar “Todos llevamos la vida que queremos llevar, porque la vivimos como la queremos vivir”. Lo cual puede ser favorecedora para muchas de las confrontaciones que se hacen en terapia. El mayor error de una codependiente es no asumir que su mayor falta es satisfacer a los demás aun por encima de su propio bienestar.</p>				

Nombre de la sesión: Trabajo en equipo con acuerdos de respeto.				Sesión No.: 13
Objetivo: Lograr que la paciente logre establecer acuerdos con sus miembros de la familia y deje querer responsabilizarse por todo.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	5 Minutos		Establecer el Rapport.
Breve charla de cómo fue su semana antes de la siguiente consulta.	El paciente como le fue durante la semana y debe describir lo que se dejó de prescripción y como se sintió.	5 Minutos		Explorar cómo se siente la paciente después de la prescripción.
Revisión de la prescripción.	El terapeuta debe encargarse de evaluar y explorar si existió avance o funciono la prescripción de acuerdo al dialogo que se establezca con el paciente.	5 Minutos		
Trabajo en equipo con acuerdos de respeto.	El terapeuta pide que durante la sesión realice una guía de las tareas que se puede hacer cargo cada uno de sus miembros de la familia, pidiendo el terapeuta que también recuerde cual es el rol de cada uno de ellos, ejemplo , no se puede pedir que la hermana mayor se encargue de revisar tareas (ella no es la mama). En esta guía a realizar se pude aportar puntos de actividades que puede hacer cada uno de los miembros a favor de apoyar a otros, (llegando a cuerdos).	30 Minutos		Lograr que la paciente logre establecer acuerdos con sus miembros de la familia y deje querer responsabilizarse por todo.

	<p>Se pide que la paciente haga un reglamentó en casa (el apoyo del terapeuta será mediar que no sean cosas que no se puedan alcanzar).</p> <p>Durante la sesión se realizara la mención de que tiene que escribir acuerdos de actividades afectuosas y tiempo familiar.</p>			
Prescripción.	<p>Colocar una hoja en el refrigerador de las actividades correspondientes de cada uno de los miembros.</p> <p>Establecer nuevas reglas en casa.</p>	5 Minutos	✍ Hoja de Prescripción.	Lograr desarrollar firmeza y redes de apoyo en casa.
<p>Nota u observaciones relevantes: El terapeuta debe estar enmarcando los roles de cada miembro de la familia, el terapeuta otorga de esta misma manera un dialogo de lo que son los acuerdos para que funcionan que propósito tienen y como deben llevarse a cabo. En el dialogo el terapeuta confronta que no debe de dudar de la capacidad de los demás para generar actividades porque este no beneficia a nadie ni a ella, que se sobresatura de actividades, ni a ellos que los vuelve flojo para realizar trabajos.</p>				

Nombre de la sesión: Aplicación de la evaluación del tratamiento TBE en mujeres codependientes emocionales.				Sesión No.: 14	
Objetivo: Evaluar el tratamiento terapéutico de la TBE en los casos de codependencia emocional.					Tiempo de duración: 55 minutos.
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea					
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo	
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.	
Conversación de lo que ocurrió durante la semana	Este es descrito por el paciente de una manera verbal. Acontecimientos relevantes que le pasaron en la semana.	6 Minutos		Conocer lo que para el paciente puede ser relevante mencionar y evaluar si existió alguna recaída conductual.	
Explicación de lo que se realizara en la sesión.	El terapeuta describe que durante la sesión se aplicaran diversos cuestionarios a fin de conocer cómo se desempeñó en su trabajo como terapeuta.	5 Minutos		Establecer la finalidad de la sesión.	

<p>Aplicación de la pos- prueba del ICOD</p>	<p>Aplicación del Cuestionario ICOD. Evaluando los factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de negación. • Desarrollo incompleto de la identidad • Represión emocional • Orientación rescatadora 	<p>10 Minutos</p>	<p>✍ Manual de aplicación ICOD. ✍ Cuestionari o ICOD. ✍ Pluma.</p>	<p>Evaluar si el síntoma disminuyo, se eliminó o se mantuvo después del tratamiento TBE.</p>
<p>Aplicación del cuestionario de evaluación cualitativa del ICOD</p>	<p>Aplicación del Cuestionario ICOD. Evaluando los factores de forma cualitativa :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de negación. • Desarrollo incompleto de la identidad • Represión emocional • Orientación rescatadora 	<p>10 Minutos</p>	<p>✍ Cuestionari o ICOD en digital. ✍ Pluma.</p>	<p>Evaluar si el síntoma disminuyo, se eliminó o se mantuvo en forma cualitativa durante el tratamiento TBE.</p>
<p>Aplicación del cuestionario de evaluación del tratamiento terapéutico.</p>	<p>Aplicación del Cuestionario. Evaluación de los: Cambios durante y después del tratamiento, su descripción, momentos relevantes de la terapia, actividades que se realizaron en las sesiones, si alguna tubo algún impacto, actividades que no eran tan fáciles de expresar y como se sintió de haberlas trabajado en sesión.</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>✍ Cuestionari o de preguntas abiertas del tratamiento TBE. ✍ Pluma.</p>	<p>Evaluar si existió un cambio y conocer cuales fueron, al término de la aplicación de TBE.</p>

Retro- alimentación	El terapeuta se encarga de conocer cómo se sintió durante el trabajo que se realizó en sesión, se pregunta si tiene alguna duda o si quiere realizar algún comentario de la sesión.	5 Minutos		Retroalimentar al paciente de lo que se realizó en la sesión y conocer si tiene alguna duda de esta sesión.
Despedida de la sesión.	Dar las gracias por responder a los cuestionarios. Hacer de su conocimiento que los resultados de los cuestionarios serán comentados en la siguiente sesión con la finalidad de hacerle conocer el trabajo que se llevó a cabo durante las sesiones.	5 Minutos		Poder exponerle al paciente la gratificación de responder los cuestionarios y hacer de su conocimiento lo que se realizara la siguiente sesión.
Nota u observaciones relevantes: Recordemos que la finalidad de la TBE, es establecer un dialogo que nos permita favorecer al paciente en su tratamiento, por ende al mencionar que los cuestionarios aplicados son para calificar el trabajo del terapeuta, logra romper con alguna clase de resistencia o manipulación de los resultados.				

Nombre de la sesión: Reconocimiento del tratamiento de codependencia.			Sesión No.: 15	
Objetivo: El terapeuta retroalimenta a su paciente con la finalidad de reconocer el trabajo realizado en las sesiones.			Tiempo de duración: 1 hora.	
Llevada a cabo por : Anad Jovana Jimenez Gea				
Actividad	Descripción	Tiempo	Material	Objetivo
Saludos cordiales	Establecer un ambiente cómodo, de apertura para el paciente y establecer la empatía.	4 Minutos		Establecer el Rapport.
Conversación de lo que ocurrió durante la semana	Este es descrito por el paciente de una manera verbal. Acontecimientos relevantes que le pasaron en la semana.	6 Minutos		Conocer lo que para el paciente puede ser relevante mencionar y evaluar si existió alguna recaída conductual.
Explicación de lo que se realizara en la sesión.	El terapeuta describe que durante la sesión se hablaran de los trabajos que se realizaron en sesión y se le preguntar al paciente del 1 al 10 que tanto siente que el tratamiento fue funcional para el esto con la finalidad de que el paciente llegue al diez, cuando esto no ocurre se tiene que realizar la planeación de diversas sesiones hasta lograr un cambio al 10.	5 Minutos		Establecer la finalidad de la sesión.

<p>Exploración de lo que ocurrido después de terminar el tratamiento</p>	<p>El terapeuta hace escucha activa de todo lo que ha transcurrido a partir de las últimas dos semanas sin verse. El terapeuta indica que sea explícito el paciente en comunicarle si notado un cambio desde el inicio del tratamiento hasta ahora y si aún hay algo que considera no logro trabajar en sesión.</p>	<p>20 Minutos</p>	<p>.</p>	<p>Evaluar si el síntoma disminuyó, se eliminó o se mantuvo después del tratamiento TBE.</p>
<p>Retro-alimentación</p>	<p>El terapeuta se encarga de hacer una exposición verbal de las cosas que pretendía alcanzar el tratamiento de TBE y conocer cómo se sintió durante el trabajo que se realizó en sesión. Enuncia y muestra los cuestionarios que fueron respondidos (la primera y la última sesión) dando una breve explicación de lo que cada uno evaluó y poniendo en comparación los resultados, retroalimentando las conductas que fueron eliminadas y con las cuales aún se deben trabajar pero ya fuera de consultorio. Se pregunta si existe algún comentario, duda o sugerencia para el terapeuta. Al término de esto se le indica al paciente que se realizaran otras sesiones a fin de lograr la eliminación un cambio más significativo. (En estos casos porque al calificar la pos-prueba se puede observar que aún existe una puntuación que marca aun algunos puntos de codependencia)</p>	<p>20 Minutos</p>		<p>Retroalimentar al paciente de lo que se realizó en la sesión y conocer si tiene alguna duda de esta sesión.</p>

Acuerdo del seguimiento	El terapeuta agradece formalmente por haber permitido trabajar con ella, realiza una despedida breve formal y de gratitud por el tiempo, haciendo de su conocimiento del paciente que las siguientes sesiones se llevaran a cabo en específico para las conductas que aún tienen algunos rasgos de codependencia presentes.	5 Minutos		Cierre del expediente y Agradecimiento por el trabajo en conjunto.
<p>Nota u observaciones relevantes: Es importante mencionar que después de trabajar las sesiones que sean necesarias para eliminar el síntoma a la paciente se le indica un seguimiento de 3 meses, 6 meses y 1 año a fin de evaluar su progreso o si no existió ninguna recaída. En particular la planificación de las otras sesiones serán enfocadas en las características que puntuaron sin cambios o con mayor puntaje en el pos-prueba del tratamiento a fin de lograr eliminar por completo la codependencia.</p>				

Cuestionarios de evaluación de resultados del análisis cualitativo de la TBE y sus aportaciones en las pacientes.

Caso 1.

Sexo: Mujer Edad: 26 años Grado Escolar: Secundaria

Ocupación: Trabajadora de una cremería

1. ¿Considera que existió un cambio durante y después del tratamiento?
 - Si, buenos.
2. ¿Lo considera positivo o negativo? ¿Qué clase de cambio? (Puede nombrar o dar ejemplo de conductas que considera que han cambiado de usted)
 - Considero fueron positivos.
 - Ya no me importa que se moleste, si mis hijos juegan o no porque está en mi casa.
 - Ya tengo claro lo que quiero para mí y mis hijos.
 - Puedo expresarme si me siento enojada o molesta.
 - Ya puede terminar, con mi pareja.
3. Describa si existió algún cambio en la forma en que expresa sus emociones, pensamientos: (Podría dar algún ejemplo o mencionar algunas conductas)
 - Sí, porque ya pude sacar mi coraje y correr a mi pareja de la casa.
4. ¿Existió algún momento que la hiciera sentir incomoda o triste durante la terapia? Puede dar un ejemplo:
 - Me sentí incomoda cuando mi hijo me dijo que él quería vivir en casa de su padre, y que yo casi no pasaba tiempo con ellos.
 - Me costó trabajo cuando tuve que platicar de mis relaciones de pareja.
5. Puede mencionar algunas de las actividades o temas de las sesiones de tratamiento:
 - Usar etiquetas de cosas negativas, que me decía en el día.

- Mirarme al espejo.
 - Platica con mi hijo de como pasaban las cosas en casa y decirle que no mintiera respecto a cosas que él decía.
 - Hacer una lista de mis parejas y lo que tenían en común.
 - Platicar con todos mis hijos de lo que no nos gusta que hace el otro y tratar de mejorar.
6. Alguna de las anteriores considera que marco su vida, ¿Cómo considera que lo hizo?
- Si, la lista de mis exparejas, pude ver que todos tenía cosas en común como celos, que les gustaba tomar y que me mentían.
7. ¿Qué tema y/o actividad le costó trabajo realizar y/o expresar?
¿Porque?
- Lo de hablar de cosas que pase con mi primer pareja, porque me cuesta trabajo expresarme y hablar de esas cosas.
8. De lo anterior mencionado como se sintió de haberlo trabajado en sesión:
- Incomoda pero era algo que tenía que platicar porque no lo había hecho con nadie y me sentí un poco mejor.

ANEXO VIII .Cuestionario del Análisis cualitativo del ICOD.

Paciente: Estado civil: Unión libre. Edad: 26 años		¿A que considera que se debieron estos resultados? (Si existió, algún cambio a que se lo atribuye)	
	Pre-prueba	Pos-prueba	
Mecanismos de negación			
V23 ¿Permitir groserías y malos tratos de su pareja?	1	1	A que a veces me quedo callada por mis hijos.
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	3	1	Ya no me importa que se moleste.
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	3	1	Aun meda un poco de miedo, pero porque están presentes mis hijos.
V19 ¿Se siente confundida por su sentimientos?	3	1	Cambio porque ya tengo claro lo que quiero.
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	2	1	Un poco, por mis hijos, no me gustaría estar enferma o que les ocurriera algo a ellos.
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	2	0	Cambio porque cada quien tiene su punto de vista, y soy libre de expresar lo que siento.
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	1	2	No me gusta que hagan las cosas mal hechas.
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con esa pareja?	3	3	Sí, porque no se puede hablar con él.
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	2	1	Aun me cuesta trabajo.
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	2	1	Solo un poco porque luego no puedo hacer lo que espero porque no tengo tiempo.

V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	3	1	Ahora ya expreso si me siento molesta.
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	2	2	Aun no puede ser como era antes de mi relación con Ivann.
Desarrollo incompleto de la identidad			
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	2	0	Ahora, ya no porque él, ya no me importa.
V17 ¿Teme quedarse sola?	0	0	
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere hace lo que su pareja desea?	2	0	Le perdí el interés.
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	2	1	A veces sí, solo por la cuestión económica.
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0	0	
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	1	0	Sí, quiero algo lo hago.
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	2	2	Sí, porque no tengo el apoyo de ninguna pareja.
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	3	3	Considero que es porque tengo presiones económicas y de cuidados con mis hijos, casi no descanso.
Represión emocional			
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	1	1	No puedo cambiar a los demás, solo escucho y guardo mis comentarios.
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	1	0	
V12 ¿Cuándo está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	3	2	Frecuentemente porque mis hijos mayores luego se encuentran en casa, sin mi supervisión.
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0	0	
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	1	1	Más que nada a salir lastimada.

Orientación rescatadora			
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de la familia?	2	1	No puedo dejar de hacer las cosas , porque no tengo el apoyo de alguien más.
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	3	2	Solo para que mis hijos no lo noten.
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3	3	Aparento porque no me gusta que los demás se enteren de mis problemas y que mis hijos no lo noten.
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	3	2	Sí, para poder solventar mis gastos económicos.
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	0	
 Firma de la paciente, de estar de acuerdo que los datos correspondientes fueron llenados por ella misma, y que este solo fue el vaciado del documento original.			

ANEXO IX. Cuestionario Cualitativo del ICOD.

Sexo: Mujer Edad: 39 años Grado Escolar: Preparatoria Trunca
Ocupación: Trabajo Domestico

9. ¿Considera que existió un cambio durante y después del tratamiento?

- Si, muy buenos para mí.

10. ¿Lo considera positivo o negativo? ¿Qué clase de cambio? (Puede nombrar o dar ejemplo de conductas que considera que han cambiado de usted)

- Muy positiva.
- Ser más firme en mis decisiones.
- Ya no reacción con agresión intento hablar con toda la tranquilidad.
- Soy un poco más atenta con mis hijas, converso más.
- Ya me preocupó más por mi aspecto como soy ya no agredo.
- Con mi esposo controlo mi enojo e intento hablar de las cosas que no hacía.
- Controlo mis celos y hago menos reclamos.

11. Describa si existió algún cambio en la forma en que expresa sus emociones, pensamientos: (Podría dar algún ejemplo o mencionar algunas conductas)

- Si, puedo decir con más seguridad las cosas.

12. ¿Existió algún momento que la hiciera sentir incomoda o triste durante la terapia? Puede dar un ejemplo:

- Si, cuando mi hija pensó que era mi culpa todas sus actitudes o el hecho de estar en terapia por mi falta de autoridad.

13. Puede mencionar algunas de las actividades o temas de las sesiones de tratamiento:

- Mirarme al espejo y ver lo que realmente soy y quererme tal cual.
- Platica entre mi hija y yo, (cosas que tenía que decirme).
- Soltar y dejar ir la infidelidad.

14. Alguna de las anteriores considera que marco su vida, ¿Cómo considera que lo hizo?

- Si, mejorando mi estado de ver las cosas.

15. ¿Qué tema y/o actividad le costó trabajo realizar y/o expresar?

¿Porque?

- Lo de saltar y perdonarme por la infidelidad y la de mirarme al espejo, porque eran temas de los que me costaba trabajo hablar y aceptar.

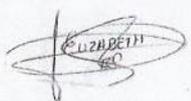
16. De lo anterior mencionado como se sintió de haberlo trabajado en sesión:

- Liberada.

ANEXO Cuestionario del Análisis cualitativo del ICOD.

Paciente: Estado civil: Casada. Edad: 39 años.			¿A que considera que se debieron estos resultados? (Si existió, algún cambio a que se lo atribuye)
	Pre-prueba	Pos-prueba	
Mecanismos de negación			
V23 ¿Permitir groserías y malos tratos de su pareja?	0	0	
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0	0	
V24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	0	
V19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	3	0	Ya puedo tener claro mis sentimientos.
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	3	3	Sigo sin poder dejar de preocuparme, considero que es porque no podría pasar por una situación como perder a mi mamá o que algo les pasara a mis hijas.
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	0	
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	2	2	Aun me cuesta trabajo, porque considero no las hacen como yo espero.
V15 ¿Piensa que sería peor tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	1	2	Aumento porque ahora me doy cuenta que él busca los conflictos, cuando intento ya no discutir.
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	1	0	Bajo porque ya idéntico lo que siento.
V29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	3	3	Aun no sé si poder terminar mi prepa, que esta trunca, porque no me apoyan.
V11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	1	2	Para llevar mejor las cosas, ya que cuando doy mi opinión o les llamo la atención mi hija y mi esposo, me dicen : " a eso vas a terapia"
V16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0	0	

Desarrollo incompleto de la identidad			
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	0	
V17 ¿Teme quedarse sola?	3	1	
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere hace lo que su pareja desea?	0	0	
V7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	0	
V1 ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0	1	Antes me daba pena aceptar que justificaba sus actos, más que nada su infidelidad, pero ahora considero que me falta de interés.
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	3	0	Cambio porque ya toma mis propias decisiones sin esperar que las aprueben.
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	3	0	A veces me siento así porque como mi marido viaja, siempre he tenido miedo de que me pase algo con las niñas, poco cuando se metieron a robar a la casa.
V26 ¿Sufre dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	3	2	Es porque me siento presionada por cuestiones económicas.
Represión emocional			
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	2	1	Ya expreso mi disgusto, sin temor a perder la aceptación de los demás.
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	1	Ahora expreso mi coraje de manera diferente, antes no me importaba enojarme al grado de amenazar a mi marido con un cuchillo.
V12 ¿Cuándo está contenta, de pronto siente temor de que algo malo suceda?	3	3	Siempre he sido muy miedosa, de que algo le pase a mi familia.

V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0	0	
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	3	0	Sé que puedo expresarme libremente.
Orientación rescatadora			
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de la familia?	2	3	Me cuesta dejar de hacerme responsable, porque considero no hacen las cosas como yo quiero que las hagan.
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	3	3	No me gusta que los demás noten que tengo problemas.
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	3	3	Para que no me juzguen.
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	3	1	Aún sigo aceptado cargos pero ahora es con menos estrés.
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	2	2	Siempre he querido ayudar a los demás.
			
<p>Firma de la paciente, de estar de acuerdo que los datos correspondientes fueron llenados por ella misma, y que este solo fue el vaciado del documento original.</p>			

ANEXO XI. Cuestionario Cualitativo del ICOD.

FOTOS:

