

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La Terapia Focalizada en la Emoción Para el Tratamiento
de Mujeres Universitarias que Presentan Dependencia
Afectiva Patológica.**

María Emilia Herrera Landázuri

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 15 de mayo de 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**La Terapia Focalizada en la Emoción Para el Tratamiento de Mujeres
Universitarias que Presentan Dependencia Afectiva Patológica.**

María Emilia Herrera Landázuri

Calificación:

Nombre del profesor, Título Académico

Micaela Jiménez Borja. Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 15 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y Apellidos: María Emilia Herrera Landázuri

Código: 00125279

Cédula de Identidad: 1717525792

Lugar y fecha: Quito, 15 de mayo de 2019

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres por apoyarme durante todo el proceso y formarme
como la persona que soy ahora.

RESUMEN

La Dependencia Afectiva es una problemática que se encuentra sumamente presente en nuestra sociedad actual y afecta el bienestar de las personas que la experimentan. Varios componentes como el vínculo de apego, las emociones, las cogniciones y el aspecto relacional juegan un papel importante en la constitución de rasgos de Dependencia Afectiva. La Terapia Focalizada en la Emoción, al utilizar a la expresión emocional como el pilar central para el cambio, se presenta como una alternativa eficaz de tratamiento para mejorar el reconocimiento de los estados afectivos internos de las personas con esta problemática y por lo tanto favorecer a una mayor autonomía y reconocimiento de sí mismos.

Palabras clave: Dependencia emocional, Dependencia Afectiva, Ansiedad, Relaciones tóxicas, Tratamiento psicológico, Terapia Focalizada en la Emoción.

ABSTRACT

Emotional Dependency is a very common issue inside our contemporary society and it affects the wellbeing of people with symptoms of it. Different aspects like attachment, emotions, cognitions and the relational component play a key role in the development of Emotional Dependency traits. Emotion Focused Therapy, by using emotional expression as the cornerstone for change, is an effective treatment alternative to improve internal emotion recognition of people with this problem and therefore develop greater autonomy and recognition of themselves.

Key words: Emotional Dependency, Affective Dependency, Anxiety, Toxic relationships, Psychological treatment, Emotion Focused Therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	9
Antecedentes.....	9
El problema.....	11
Marco conceptual del estudio	12
Propósito del estudio.....	16
Preguntas de investigación.....	16
Procedimientos.....	17
Significado del estudio.....	19
Organización del estudio.....	19
Revisión de la literatura	20
La Dependencia Afectiva.....	20
La teoría del apego.....	20
Déficits emocionales.....	24
Déficits cognitivos.....	25
Déficits relacionales.....	28
La terapia Focalizada en la Emoción.....	31
La emoción.....	31
Esquemas emocionales.....	33
Bases para el tratamiento.....	35
Dialéctica (Self).....	35
Follow and Guide.....	36
Principios relacionales.....	36
Principios de tarea.....	37
TFE para el tratamiento de Dependencia Afectiva.....	37

Metodología	39
Participantes.....	39
Diseño.....	39
Procedimiento.....	40
Instrumentos.....	41
Resultados esperados	43
Análisis de datos.....	43
Resultados esperados.....	44
Discusión	45
Referencias	48
ANEXO A: Inventario de Dependencia Emocional.....	51
ANEXO B: Relationship Assessment Scale.....	55
ANEXO C: Cuestionario de Dependencia Emocional.....	56
ANEXO D: Beck Anxiety Inventory.....	58
ANEXO E: Clinical Outcomes in Routine Evaluations.....	59
ANEXO F: Formulario de consentimiento informado.....	61

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la búsqueda de definir lo que constituye la dependencia afectiva, como lo han dicho Izquierdo y Gómez-Acosta (2013) “Las definiciones de aquello que se conoce como DA (Dependencia Afectiva) son tan variadas y ambiguas como el concepto mismo del amor”. Hay quienes definen a la Dependencia afectiva como algo similar a una adicción (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). También se ha mencionado que se trata de un apego patológico hacia la relación interpersonal (Moral y Sirvent, 2009), En conjunto con estos postulados anteriores, se piensa también que tiene que ver con las necesidades afectivas no suplidas que una persona deposita en un ser externo intentando satisfacerlas (Castello, 2005).

Dentro de nuestra sociedad, se ha visto que la dependencia emocional es un fenómeno que se encuentra más comúnmente presente de lo que muchas veces se quiere notar (Santamaría, et al., 2015). Al momento de analizar los principales componentes relacionados con la dependencia afectiva patológica, varios conceptos han sido los más relevantes entre los que se encuentra la teoría del apego, los conceptos del aprendizaje, las creencias y esquemas desadaptativos y las desregulaciones emocionales (Jaller y Lemos, 2009). Varios aspectos como las emociones, pensamientos y patrones de comportamiento juegan un papel importante en el desarrollo de una dependencia afectiva disfuncional para la persona por lo que es importante realizar un abordaje en el que todas estas aristas del sujeto sean tomadas en cuenta para la intervención.

Por un lado, se ha visto que la parte afectiva y de vínculo juega un papel fundamental en el desarrollo de la dependencia emocional (Silva, 2003). Los déficits en la regulación de las emociones y en la utilización saludable de las mismas, producen más adelante una falencia en las personas para poder manejar sus estados afectivos internos por sí mismos (Hervás, 2011). El desarrollo de un vínculo de apego inseguro genera la percepción del

mundo como peligroso y contribuye a que exista una falta de autonomía y una búsqueda de un personaje externo que esté siempre al cuidado del sujeto (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Por otro lado, la construcción cognitiva de la persona y las creencias centrales también son un aspecto importante que tomar en consideración. Se ha visto que las personas con dependencia afectiva patológica sostienen varias distorsiones cognitivas y errores de interpretación que incrementan su malestar (Lemos, Londoño y Zapata, 2007).

Al atender de manera especial a la parte emocional del sujeto y las creencias que se construyen alrededor de estas emociones, el presente trabajo vincula el tratamiento de la dependencia afectiva con la propuesta de tratamiento conocida como Terapia Focalizada en la Emoción.

La Terapia Focalizada en la Emoción es una propuesta de tratamiento, que como su nombre lo indica, pone especial énfasis en el procesamiento emocional como el agente central del cambio. Es un tratamiento experiencial y empíricamente validado que toma en cuenta a las emociones como parte fundamental para comprender tanto el funcionamiento adaptativo como desadaptativo (Greenberg, Elliott y Pos, 2015). En la EFT (Emotion Focused Therapy) “se ayuda a los clientes a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones” (Greenberg, Elliott y Pos, 2015) con el propósito de que estas cumplan con su rol esencial de comunicar las necesidades reales del sujeto en el momento presente.

Tomando en cuenta las emociones y la interpretación de estas como uno de los ejes centrales del tratamiento, el presente estudio se enfoca en la forma en la que la Terapia Focalizada en la Emoción puede contribuir a mejorar el bienestar y la funcionalidad en mujeres con rasgos de dependencia patológica.

El problema

La dependencia afectiva es una problemática que forma parte de nuestro entorno cultural, y se ha visto que existe una fuerte tendencia a normalizarla (Moral y Sirvent, 2009). Se la ha llegado a normalizar al punto de dejar de lado la importancia de su intervención y del cuidado de las personas que viven con ella día a día (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Dentro de la investigación no se han encontrado diferencias significativas en la incidencia de la dependencia afectiva para hombres y mujeres (Massa, et al. 2011). Sin embargo, el presente estudio se enfoca en el análisis de la dependencia particularmente en las mujeres.

A nuestro alrededor, se observan claramente los casos de mujeres aferradas a una relación de pareja conflictiva y desgastante de la cual parecen no querer desprenderse (Moral y Sirvent, 2009). Es por esto que resulta fundamental realizar una revisión exhaustiva de los factores psicológicos que juegan un papel importante en la tendencia a desarrollar dependencia afectiva. Más adelante también, es crucial plantear una propuesta de intervención que abarque los distintos aspectos importantes que conforman la dependencia emocional como una patología que lleva a un deterioro importante de la calidad de vida de la mujer a fin de poder brindar posibles alternativas de solución para esta insatisfacción.

Como su nombre lo indica, la dependencia afectiva tiene un importante componente emocional. Dentro de la bibliografía en el tema, no se ha encontrado una cantidad significativa de información que vincule la Terapia Focalizada en la Emoción con la población de pacientes con dependencia afectiva patológica (Castelló, 2005) y por lo tanto no se tiene conocimiento acerca del grado de efectividad y contribución que esta intervención podría tener para el bienestar de las mujeres que lidian con este problema.

Marco conceptual del estudio

Antes de iniciar la presente investigación, es sumamente importante comprender varios de los conceptos básicos relacionados con el tema. Existen componentes básicos a definir tanto en relación con la dependencia afectiva como a la Terapia Focalizada en la emoción y a las posibles relaciones que pueden existir entre los dos.

Dependencia afectiva:

El término dependencia afectiva se ha utilizado comúnmente dentro de los contextos culturales y sociales, sin embargo, continúa siendo escaso como tal dentro de la literatura científica (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Varios conceptos han surgido en el intento de darle una definición a esta problemática. Por un lado, se describe a la DA como un “patrón de personalidad crónico y estable a lo largo de la vida con síntomas de emocionalidad desadaptativa y obsesividad recurrente” (Echeburua y Del corral, 1999). Por otro lado, existe también la teoría de que este es un desorden similar al de una adicción en la que el objeto de la dependencia es la relación de pareja en lugar de la sustancia (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Finalmente, una de las definiciones más completas que se ha llegado a obtener es la de la dependencia afectiva como “un patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales estrechas” (Castelló, 2005).

Si bien toda relación interpersonal y de pareja requiere un cierto grado de interdependencia, el nivel de esta viene a ser desadaptativo cuando pasa a afectar el funcionamiento global de la persona y produce aislamiento, así como incapacidad de renunciar a la relación afectiva aún en presencia de malestar emocional o de maltrato recurrente. Es por esto, que la dependencia emocional a un nivel patológico está caracterizada por la extrema intensidad del afecto de la persona hacia su compañero/a (Urbiola y Estévez, 2015).

Las hipótesis respecto al origen de la DA también han mostrado ser sumamente variadas. Debido a su componente afectivo y sumamente relacionado con el vínculo, una de las teorías que más se ha relacionado con ella es la del apego. El apego se conoce como el “vínculo emocional primario que desarrolla el niño con su figura de cuidado, el cual proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de la personalidad”. (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). Desde esta perspectiva, la DA está relacionada con la construcción de un vínculo de apego inseguro que contribuye al desarrollo de ansiedad y miedo instalados en el sujeto. Esta ansiedad particularmente relacionada con la figura de cuidado produce una tendencia a lo que se conoce como ansiedad por separación, la cual cuenta con componentes similares a los que se observan más adelante en la DA (Pacheco y Ventura, 2009). Cuando la persona ha crecido con un apego inseguro, genera la tendencia a tener las siguientes tres cualidades: 1) temor a la pérdida de la figura vinculada, 2) búsqueda de proximidad y 3) protesta por la separación (Pacheco y Ventura, 2009). Las carencias afectivas relacionadas con el apego inseguro son las que llevan a la persona a buscar más adelante una compensación de ellas en otro sujeto (Martínez-Álvarez, et al., 2014). La ansiedad y el miedo vienen a ser emociones que predominan en las personas que desarrollan dependencia afectiva disfuncional (Moral y Sirvent, 2009).

Además del apego creado con la figura de cuidado durante la infancia, existe la teoría de que otras estructuras mentales se construyen alrededor del ambiente familiar y juegan un rol en el desarrollo de DA. Las experiencias en el entorno familiar que son adversas pero que no llegan a ser lo suficientemente nefastas como para crear desconexión emocional, son las que constituyen un factor de riesgo importante para DA (Jaller y Lemos, 2009). Al haber una dinámica de relacionamiento ambivalente en la que está presente el conflicto constante a la vez que hay conexión emocional, el sujeto generaliza esta forma de interacción al resto de sus relaciones futuras y se desarrolla un esquema desadaptativo temprano (Jaller y Lemos, 2009).

Terapia Focalizada en la Emoción

La EFT (Terapia Focalizada en la Emoción) es un enfoque neo humanista en el que se pretende “ayudar a la persona a desarrollar su inteligencia emocional para lidiar con los problemas y vivir en armonía con ellos mismos y con los demás” (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Para tener un mejor entendimiento de este enfoque, es importante comprender qué es la emoción desde esta perspectiva. De acuerdo con la EFT, las emociones son adaptativas por naturaleza debido a que nos indican qué cosas son importantes dentro de una situación y nos llevan a tomar acción de acuerdo con lo que necesitamos en el momento (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Debido a diversas experiencias traumáticas y a los aprendizajes obtenidos a lo largo de la vida, las emociones pueden adquirir componentes problemáticos que hacen que estas se vuelvan poco adaptativas y disfuncionales. Debido a esta cualidad adaptativa, motivacional y experiencial que tienen las emociones, estas son tomadas como el foco central de la intervención desde la perspectiva de la EFT.

La emoción organiza la experiencia a través de lo que se conoce como esquemas emocionales. Estos son procesos mayormente constituidos por elementos pre verbales y que están orientados a la acción. No son directamente accesibles a la conciencia, si no que se manifiestan a través de las experiencias que producen (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Un esquema emocional no es estático si no que se construye y reconstruye de momento a momento (Pascual-Leone y Greenberg, 2007). Dentro de la persona, varios esquemas emocionales pueden jugar un rol simultáneo produciendo distintas voces en ocasiones contradictorias que interactúan al mismo tiempo (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Los esquemas emocionales contienen cuatro elementos esenciales que toman en cuenta las distintas aristas presentes en el sujeto. Estos cuatro elementos son: 1) perceptual-

situacional, 2) corporal-expresivo, 3) simbólico-conceptual y 4) motivacional comportamental (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Cada uno de ellos será explicado con mayor profundidad más adelante en el presente trabajo.

La EFT cuenta con seis principios básicos cruciales a entender al aplicarla como método de intervención que son los siguientes:

1. se toma en cuenta a la **experiencia inmediata** como base del pensamiento humano.
2. El ser humano es capaz de **autodeterminación** y de dirigirse a sí mismo.
3. Una persona es **un todo**, es más que la suma de sus partes y se debe abordar de esta forma.
4. Hay **pluralismo e igualdad**. Las experiencias de las distintas personas son igual de valiosas, reconocidas y toleradas.
5. Reconocer la **autenticidad** y la calidad humana de la persona y estar **presente** en el momento.
6. La experiencia y **crecimiento** de la persona se sigue enriqueciendo a lo largo de toda la vida.

(Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004)

En la aplicación del tratamiento de EFT, existen dos tipos de principios importantes que estructuran la intervención. Por un lado, están los principios relacionales en las cuales el terapeuta debe ser genuino, estar completamente presente en el momento y ser respetuoso con la experiencia del cliente. Dentro de estas habilidades, es importante que se desarrolle un vínculo de empatía y cuidado con el cliente y que se facilite el involucramiento con las metas y tareas de la terapia (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Por otro lado, también están los principios de tarea en las que el terapeuta debe asumir que el cliente es una persona activa, con voluntad de cambio y con una “necesidad innata de exploración y dominio de su

entorno” (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). En este principio, el terapeuta debe ayudar al cliente a funcionar diferente según el contexto y fomentar la responsabilidad y el empoderamiento del cliente, así como también facilitar el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

La Dependencia afectiva, al no ser un desorden construido únicamente a nivel mental y comportamental, requiere de un amplio procesamiento emocional para ser tratada (Hervás, 2011). Es por esto por lo que la Terapia Focalizada en la Emoción se plantea como una alternativa eficaz para el tratamiento de la dependencia afectiva, permitiendo que la persona re experimente y desafíe los esquemas emocionales desadaptativos instalados en su cuerpo y mente y los intercambie por otros más saludables que le permitan movilizarse hacia un mayor bienestar por sí mismos y por lo tanto a una mayor autonomía.

Propósito del estudio

Debido a la naturaleza conflictiva de la dependencia afectiva patológica, es sumamente importante conocer más ampliamente su funcionamiento y vincularlo con una intervención que pueda producir una mejora en la funcionalidad y el bienestar de las mujeres que la sufren. La presente investigación, tiene el objetivo principal de conocer respecto a la efectividad que el enfoque de la Terapia Focalizada en la Emoción puede tener en el tratamiento de mujeres con rasgos de dependencia afectiva que se encuentran en relaciones de pareja que deterioran su salud emocional de forma significativa.

Preguntas de investigación

- ¿Cómo y hasta qué punto Terapia Focalizada en la Emoción contribuye a un incremento en el bienestar emocional de las mujeres con dependencia afectiva patológica?
- ¿Cuál es la experiencia de un grupo de mujeres con rasgos de dependencia afectiva patológica que reciben tratamiento de Terapia Focalizada en la Emoción?

- ¿Cuales son los componentes más importantes de la Terapia Focalizada en la Emoción para el tratamiento de mujeres con dependencia afectiva patológica?

Objetivos:

1. Evaluar la efectividad que tiene la aplicación de Terapia Focalizada en la Emoción en el incremento del bienestar emocional de las mujeres con dependencia afectiva disfuncional.
2. Estudiar los componentes más importantes de la Terapia Focalizada en la Emoción que juegan un rol fundamental en el cambio.

Procedimientos:

Dentro de la presente investigación, se utilizará una modalidad tanto cuantitativa como cualitativa para responder a la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Focalizada en la Emoción contribuye a un incremento en el bienestar emocional de las mujeres con dependencia afectiva patológica?. Para la evaluación cuantitativa, se aplicará un análisis de datos estadísticos de comparación de resultados pre y post tratamiento en cada uno de los participantes. Para la evaluación de tipo cuantitativa se utilizarán las siguientes herramientas de medición:

- CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluations) (Evans, et al., 2000)
- CDE (Cuestionario de Dependencia Emocional) (Lemos y Londoño, 2006)
- BAI (Beck Anxiety Inventory) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)

Por otro lado, la evaluación cualitativa tiene el propósito de responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es la experiencia de un grupo de mujeres con rasgos de dependencia afectiva patológica que reciben tratamiento de Terapia Focalizada en la Emoción?. Para esta, se utilizará la entrevista clínica de auto reporte propuesta por Bleger (1964), que se realizará previo al inicio del tratamiento y nuevamente una vez terminado el proceso. Para comparar las diferencias entre las entrevistas realizadas al inicio del proceso y las que se realizaron al

final, se utilizará el método de Teoría Fundamentada en Datos (Grounded Theory) para analizar datos cualitativos (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). Se describirá este proceso de análisis de forma detallada más adelante.

En cuanto a las características de los participantes, el presente estudio se enfoca en la dependencia emocional en la población femenina por lo que la muestra consiste en un grupo de 15 mujeres de entre 18 y 24 años con rasgos de dependencia afectiva patológica que se encuentren en una relación de pareja y reporten un malestar dentro de las mismas.

El reclutamiento de la muestra se hará a través de un anuncio publicado en la Universidad San Francisco de Quito solicitando participantes mujeres de la edad establecida que se encuentren en una relación de pareja. Una vez reclutadas, se les tomará la prueba IDE (Inventario de Dependencia Emocional) (Aiquipa, 2012) para evaluar la presencia de dependencia afectiva y RAS (Relationship Assesment Scale) (Hendrick, 1988) para evaluar el nivel de insatisfacción percibido en la relación. De acuerdo con los resultados de estas dos encuestas, se observará a las mujeres que son elegibles para el presente estudio.

Una vez reclutada la muestra, se le explicará a cada una de las participantes el propósito del estudio y se procederá a firmar un consentimiento informado indicando los componentes más importantes a conocer. más adelante, Las participantes deberán responder a los cuestionarios de evaluación mencionados anteriormente, así como también asistir a una entrevista clínica. Habiendo terminado esta etapa de evaluación pretratamiento, se coordinará un horario para un espacio semanal en el que cada participante recibirá tratamiento basado en Terapia Focalizada en la Emoción durante 16 sesiones. Una vez culminado el tiempo de tratamiento, cada una de las mujeres participantes deberá volver a llenar los cuestionarios descritos anteriormente y tener una sesión de entrevista de auto reporte una vez culminado el proceso.

Significado del estudio

Debido a la alta incidencia de la dependencia afectiva en las mujeres de nuestro entorno, resulta crucial investigar respecto a las posibles herramientas que pueden contribuir a una mejora en el bienestar de estas. El presente estudio tiene la utilidad de ampliar la investigación con respecto a la dependencia afectiva disfuncional y evaluar la efectividad del tratamiento con Terapia Focalizada en la Emoción en la misma para contribuir al bienestar de las mujeres que la sufren. Aún cuando la Terapia Focalizada en la Emoción ha sido altamente probada para ser efectiva en diversas poblaciones, no existe investigación que sustente su efectividad para la población de dependencia afectiva de manera particular.

En el campo de la psicología, es sumamente relevante continuar ampliando la investigación sobre las problemáticas que muchas veces pasan desapercibidas y seguir proponiendo posibles formas de intervención que sirvan como alternativas para contribuir al cambio.

Organización del estudio

A continuación, se realizará una revisión exhaustiva de los conceptos importantes relacionados con la dependencia afectiva patológica, los componentes cruciales a comprender acerca de la Terapia Focalizada en la Emoción y formas en las que esta terapia puede ser una intervención útil para la problemática de DA. Más adelante, se realizará una explicación detallada respecto a la metodología que compone la investigación describiendo más ampliamente el proceso de selección de las participantes, las herramientas utilizadas y los componentes de la intervención realizada. Finalmente, se analizarán también los resultados que se esperaba obtener de la presente investigación y una discusión que evalúe las fortalezas y debilidades del estudio como se lo ha planteado. Se espera que el presente trabajo sirva como una herramienta útil para generar un conocimiento profundo acerca de la dependencia afectiva y que nos vuelva más conscientes con respecto a la verdadera complejidad de este problema y a las formas en las que se podría tratar clínicamente.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La Dependencia afectiva

Al ser un fenómeno inexacto y complejo, la Dependencia Afectiva es un término que cuenta con una amplia cantidad de teorías que contribuyen a su definición. Castelló (2005), un psicólogo especialista en tratamiento de personas con rasgos de personalidad dependiente describe a la dependencia como una problemática en la cual la persona tiene demandas afectivas internas que no han sido resueltas adecuadamente durante su desarrollo, por lo que se ha establecido una tendencia a buscar satisfacer dichas falencias en las relaciones interpersonales significativas del sujeto. Además del componente afectivo, es importante analizar distintos aspectos que tienen una fuerte influencia en la construcción de un patrón de Dependencia Afectiva patológica. Se ha observado que los déficits presentes en este problema son evidentes en distintas áreas del sujeto tanto en el ámbito afectivo como en el cognitivo y relacional (Lemos, Jaller, González y De La Ossa, 2012). A continuación, se analizarán de forma detallada cada uno estos distintos aspectos.

El apego

Una de las teorías importantes que contribuyen al entendimiento de la Dependencia Afectiva patológica es la del apego. Un postulado teórico sumamente influyente para estudiar la forma en la cual se desarrollan los vínculos primarios del sujeto con la madre o la figura de cuidado. Los autores más influyentes en la investigación de la teoría del apego son John Bowlby y Mary Ainsworth, quienes se dedicaron a estudiar la calidad de la relación del sujeto con la madre durante la primera infancia y cómo esta influye en el desarrollo afectivo del sujeto. De acuerdo con Izquierdo y Gómez-Acosta (2013), Bowlby describe que el apego es “el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus cuidadores o figuras de apego

(Caregivers) el cual proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad”.

Las principales funciones del apego son:

1. Mantener la proximidad.
2. Brindar una base segura a través de la cual explorar el mundo.
3. Ofrecer un refugio seguro al cual acudir en situaciones amenazantes.

(Bowlby, 1989)

Un apego seguro favorece el desarrollo afectivo positivo en el sujeto. Cuando se desarrolla un vínculo de apego saludable, se suplen las necesidades básicas del niño y este desarrolla una sensación interna de seguridad (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Cuando el cuidador o figura de apego se muestra disponible para atender a las necesidades del niño, se genera un sentimiento de confianza que permite al sujeto explorar su mundo (Bowlby, 1993).

Por otro lado, el apego también se puede desarrollar de forma insegura o no favorable para el sujeto. Ainsworth, (1989) realizó una importante investigación que contribuyó al entendimiento de las diferencias en la calidad del del vínculo entre la madre y el hijo. Este estudio, encontró distintos estilos de apego que se pueden generar, los cuales reflejan distintos patrones relacionales que se establecen entre madre e hijo y más adelante se generalizan a las relaciones del sujeto con el resto de sus figuras significativas. Tras varios estudios, Ainsworth, Blear, Waters y Wall, (1978) lograron identificar tres tipos de apego que reflejan distintos patrones de comportamientos relacionales en el sujeto:

1. Apego seguro.
2. Apego inseguro ambivalente.
3. Apego inseguro evitativo.

El apego seguro se encuentra caracterizado por confianza en la figura de cuidado, quien brinda seguridad y reconforta al sujeto con su presencia (Fonagy, 2004). De esta forma,

el niño encuentra la confianza necesaria que contribuye a la exploración positiva de su entorno y tiene la certeza de contar con la presencia de su figura de cuidado al ser necesario. Se establece un vínculo seguro cuando la madre se muestra responsiva, receptiva y atenta a las necesidades básicas del niño y responde a estas de forma consistente en todo momento.

El apego inseguro ambivalente se establece cuando la madre falla en el cumplimiento de las necesidades del niño de forma consistente. Se encuentra presente para suplirlas únicamente en ciertas ocasiones por lo que se vuelve difícil para el niño saber qué esperar de su entorno. Debido a la incertidumbre, el sujeto desarrolla una ambivalencia interna que produce en él “un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás” (Mikulincer, 1998). Se desarrolla una dicotomía entre la necesidad de proximidad y un miedo al momento de tenerla.

Por otro lado, en el apego inseguro evitativo, se observa que existe rechazo a la proximidad y no se encuentran evidencias externas de ansiedad en el niño al momento de separarse de su madre. Esto se debe a que el niño ha percibido la falta de disponibilidad de la madre para responder a sus necesidades, por lo que se ha adaptado a no esperarlas aun cuando esto tenga consecuencias emocionales negativas para el (Fonagy, 2004).

Como menciona Bowlby (1993), “La conducta de apego no desaparece con la infancia, sino que persiste durante toda la vida. Se seleccionan antiguas o nuevas figuras y se mantiene la proximidad y/o comunicación con ellas”. Aquellos patrones de conducta de apego que se han construido en la niñez ejercen una gran influencia en los vínculos y dinámicas de relación que la persona genera durante su vida adulta (Bowlby, 1993). Mientras que los vínculos de apego en la infancia se encuentran principalmente relacionados con la madre o el padre, a medida que el sujeto crece, estos se modifican para transferir su enfoque principal hacia el grupo de pares y a la pareja (Penagos, Rodríguez, Carrillo y Castro., 2006).

Un estudio realizado por Penagos, Rodríguez, Carrillo, S., y Castro, J, (2006), se dedicó a investigar la influencia que ejercen los patrones de apego establecidos en la niñez en las relaciones amorosas actuales de adolescentes colombianos. Los resultados obtenidos del presente estudio indican que las personas que tienen patrones de apego más seguros muestran una mejor calidad en sus relaciones románticas mientras que las personas con un apego evitativo o ambivalente tienden a establecer vínculos menos saludables (Penagos et al., 2006).

Se ha visto que las personas que tienen un estilo de apego inclinado hacia la ambivalencia tienden a ser híper vigilantes hacia las señales que indican una posible separación de la pareja (Hadden, Smith y Webster, 2014). Por otro lado, se ha evidenciado que las personas con un tipo de apego evitativo muestran ser desconfiadas, distantes y desinteresadas en sus relaciones amorosas y tienden a aferrarse a su autosuficiencia (Hadden, Smith y Webster, 2014). Las personas que tienen un apego seguro manifiestan estar emocionalmente conectados con su pareja y describen sentir reciprocidad en esta intimidad y cercanía por parte del otro (Hadden, Smith y Webster, 2014).

“La seguridad emocional es el principal objetivo del apego o vínculo afectivo” (Pacheco y Ventura, 2009). De acuerdo con Elliott y colegas (2004), “la habilidad de regular las emociones propias se deriva en parte de las experiencias tempranas de apego con padres o cuidadores responsables”. El cuidador juega un papel sumamente importante en la capacidad que el niño genera de comprender, acceder y darles un nombre a sus propios estados emocionales. Una interacción positiva con los padres en la que estos son buenos “entrenadores emocionales” produce en el niño la sensación de que sus emociones son contenidas y validadas (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Es por esto por lo que es sumamente importante comprender los patrones de apego comunes en la Dependencia emocional y cómo estos influyen en los déficits emocionales de la persona.

Déficits emocionales

Dentro de la problemática de la Dependencia Afectiva, es evidente que existen importantes déficits emocionales influyentes en su desarrollo. Un estudio realizado por Moral y Sirvent (2009), describe que las personas con un perfil de dependencia emocional patológica “sufren un vacío emocional y sentimiento crónico de insatisfacción, así como miedo a la soledad y baja tolerancia a la frustración y aburrimiento.”

De acuerdo con este mismo estudio, las personas con Dependencia Afectiva experimentan un “acusado anhelo irresistible de estar con la persona de la que se depende” (Moral y Sirvent, 2009). Este “anhelo irresistible” es descrito como un *craving*, es decir un ansia profunda en este caso de proximidad de la pareja para suplir el vacío afectivo presente (Moral y Sirvent, 2009).

Siguiendo las bases de la teoría del apego antes mencionada, se ha evidenciado que la Dependencia Afectiva está íntimamente relacionada con un estilo de apego ambivalente que genera altos niveles de ansiedad, miedo e inseguridad en el sujeto (Jaller y Lemos, 2009). Existe una constante búsqueda de expresión afectiva por parte de la persona hacia su pareja y un miedo constante al abandono de esta (Jaller y Lemos, 2009). La demanda de recibir atención y cuidado de parte del otro se vuelve un método de compensación para lidiar con la ansiedad y falta de control percibidos (Martínez-Álvarez, et al., 2014). Se observa una tendencia a ver al mundo como un lugar amenazante ya que no se ha desarrollado una base segura para la exploración, es por esto por lo que la presencia de la pareja genera una sensación de estabilidad que apacigua el miedo instalado dentro del sujeto (Jaller y Lemos, 2009). Es por esto que las personas con Dependencia Afectiva sienten la necesidad de percibir disponibilidad absoluta por parte de su pareja ya que al sentir un grado de ambivalencia o indisposición de ofrecer cuidado por parte del otro su ansiedad aumenta significativamente (Jaller y Lemos, 2009).

Debido a los problemas descritos anteriormente, un estudio ha relacionado a la Dependencia Afectiva con la sintomatología de la Ansiedad por Separación. Al igual que un niño que tiene este trastorno, una persona con Dependencia Afectiva puede presentar la misma intolerancia a la separación en este caso hacia la pareja en lugar de hacia la madre ya que esta representa para el adulto la figura de cuidado y protección (Pacheco y Ventura, 2009). Estas dos problemáticas se asemejan en la necesidad inmediata e incontrolable de proximidad por lo cual nos permite ver que al igual que en la ansiedad por separación, en la Dependencia Afectiva están muy presentes los déficits emocionales vinculados a las figuras significativas a la persona (Pacheco y Ventura, 2009).

Otro de los problemas encontrados dentro de la Dependencia Afectiva es la dificultad en la regulación de las emociones. De acuerdo con Jaller y Lemos (2009), las personas con Dependencia Afectiva tienen una fuerte sensación de poco auto control. Se sienten incapaces de regularse a sí mismos y el otro hace el papel del regulador o estabilizador. Una vez que se activa una emoción fuerte que el sujeto percibe como negativa, este no cuenta con la capacidad de comprender y validar su estado interno y por lo tanto es incapaz de regularlo sin ayuda de un agente externo (Castelló, 2005).

Déficits cognitivos

Además del aspecto emocional, es crucial observar las características cognitivas presentes en las personas con Dependencia Afectiva. Se ha visto que los sujetos con rasgos dependientes muestran diferencias en la forma de razonar, inferir y realizar atribuciones, así como también en la forma en la que interpretan su entorno social (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013).

Varias distorsiones de pensamiento juegan un papel importante para mantener los patrones dependientes establecidos en una persona. Entre estas, se ha encontrado que las más comunes son la falacia de control, la catastrofización, la interpretación del pensamiento, la

sobre generalización, los “deberías” y el razonamiento emocional (Lemos, Londoño y Zapata, 2007).

- La falacia de control la persona puede sentir que es responsable de todo lo que pasa a su alrededor o en el otro extremo, pensar que no tiene el dominio de ninguno de los acontecimientos que ocurren en su vida. En la Dependencia Afectiva este se muestra en forma de *“si yo actúo de forma más afectuosa, me esfuerzo más y le doy todo lo que él quiere sin importar lo que sea entonces nunca me va a dejar”*.
- La catastrofización es la valoración que se hace de futuros sucesos de una forma de una forma catastrófica o exagerada. En la Dependencia Afectiva este se muestra como *“Si me deja me voy a morir, nunca voy a poder estar sin él si se va”*.
- La interpretación del pensamiento se refiere a inferir los sentimientos o intenciones de los demás sin base alguna. En la Dependencia este se refleja como *“De seguro el ya no me quiere de la misma forma que antes”*.
- La sobre generalización se refiere a extraer conclusiones generalizadas de un hecho aislado en particular y esperar que, si ocurrió una vez, vuelva a ocurrir siempre. En la persona con Dependencia Afectiva este se puede mostrar como *“Siempre va a preferir estar con sus amigos que estar conmigo”*.
- La distorsión de “deberías” consiste en tener reglas rígidas de cómo deben ocurrir las cosas. “Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema” (Lemos, Londoño y Zapata, 2007). En la Dependencia Afectiva se manifiesta como *“Los novios que se llevan bien deberían querer estar todo el tiempo juntos o si no, eso demuestra que no se quieren lo suficiente”*.

(Lemos, Londoño y Zapata, 2007).

A raíz de estas y otras formas distorsionadas de pensar y del constante miedo de un posible abandono, la persona con Dependencia Afectiva desarrolla “estrategias interpersonales de control para mantener a la persona al lado tales como la expresión afectiva inadecuada, modificación de planes, búsqueda de atención y expresión emocional impulsiva” (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013).

Otro aspecto importante para el análisis dentro del aspecto cognitivo es el concepto de la meta cognición y el funcionamiento que esta tiene en personas con Dependencia Afectiva. La meta cognición por definición es la “cognición de la cognición” es decir pensar sobre los pensamientos y la conducta propia y ajena (Organista Díaz, 2005). Dentro de este concepto de meta cognición existen tres divisiones que la caracterizan.

1. La autorreflexividad se refiere al conocimiento que se tiene de los propios pensamientos, emociones y conducta.
2. El descentramiento es la capacidad de tener un mínimo conocimiento de la mente ajena es decir de la conducta emociones y pensamientos de los demás.
3. Finalmente, el mastery o dominio es la habilidad que tenemos de encontrar soluciones para el conflicto.

(Carcione y Falcone, 1995).

Desde la perspectiva cognitiva, la Dependencia Afectiva, al igual que muchos otros trastornos de la salud mental, se caracteriza por un déficit en las tres funciones meta cognitivas. En primer lugar, la persona tiene una incapacidad de registrar adecuada y completamente sus estados emocionales internos, así como también sus pensamientos y su tendencia a la acción (Carcione y Falcone, 1995). Debido a la falta de autorreflexividad, las personas con Dependencia Afectiva “desarrollan una escasa o nula conciencia del problema de modo que hay una incapacidad para darse cuenta de los efectos adversos de la relación,

aunque todo el mundo vea el problema” (Moral y Sirvent, 2009, pg. 234) lo que genera un mecanismo de negación y no afrontamiento frente a la situación.

En segundo lugar, el mastery o dominio también es una capacidad deficitaria para la persona con Dependencia Afectiva ya que tienen dificultad para actuar con autonomía en la resolución de problemas y acuden constantemente a un externo para que tome el papel de encontrar una respuesta a su conflicto (Carcione y Falcone, 1995). Una vez que tienen una pareja, tienden a acomodarse en la relación y dejar que sea el otro el que tome las decisiones por ellos (Moral y Sirvent, 2009).

Al no poder reflexionar respecto a sus propios pensamientos y estados internos, las personas con Dependencia Afectiva también encuentran difícil comprender los estados y los pensamientos ajenos. El descentramiento o comprensión de la mente ajena queda reducido y por lo tanto les cuesta asimilar que “existe un mundo interno en la otra persona en la cual uno mismo no está involucrado” lo que lleva a que se produzcan importantes errores de pensamiento descritos anteriormente como distorsiones cognitivas (Carcione y Falcone, 1995)

El conjunto de déficits en estas tres áreas meta cognitivas así como también las distorsiones de pensamiento, producen un estado patológico y poco saludable para la persona con Dependencia Afectiva.

Déficits relacionales

Al igual que el ámbito emocional y el cognitivo, la Dependencia Afectiva incluye también varios déficits a nivel relacional. A la hora de comprender la forma en la que se conforma esta problemática es importante analizar el contexto familiar de la persona, así como los patrones de interacción que esta ha aprendido a repetir en todas sus relaciones significativas.

Como se ha descrito con anterioridad al explicar la teoría del apego, los vínculos que una persona desarrolla con sus figuras primarias tienen gran importancia en los patrones de relación que se mantienen a lo largo de la vida (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013). El núcleo familiar en el que crece el sujeto juega un papel importante en la forma en la que este aprende a relacionarse con los demás. Las personas con Dependencia Afectiva tienden a tener dinámicas familiares con mayor disfuncionalidad que las personas que no presentan este patrón (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013).

En un ambiente familiar seguro, la expresión adecuada de las emociones es un factor importante para el desarrollo saludable de la persona (Kennedy-Moore y Watson, 2001). Dentro de una dinámica disfuncional de interacción la invalidación de las emociones juega un papel sumamente importante. Una familia cuya dinámica no permite la expresión de los estados afectivos de sus miembros invalida las emociones (Martin, Bureau, Cloutier y Lafontaine, 2011). Un entorno que se mueve únicamente alrededor de la racionalidad y mantiene un equilibrio disfuncional basado en ocultar las emociones, produce en el niño una incapacidad para reconocer y afrontar sus estados internos al momento de experimentarlos (Sorin, 2003). La falta de comunicación acerca de las emociones lleva a la persona a desarrollar un déficit en la habilidad de registrar lo que está sintiendo y poder transmitirlo adecuadamente hacia el otro al momento de relacionarse (Brumariu y Kerns, 2014).

Esta falta de comunicación e interacción emocional con sus figuras relacionales más importantes produce la desregulación emocional descrita anteriormente, en la que la pareja viene a hacer el rol de regulador para la persona que nunca aprendió en su ambiente a manejar y modular sus estados emocionales de forma independiente (Sturrock, Francis y Carr, 2009).

Además de pasar por alto o ignorar las emociones de la persona, existen dinámicas en las que sentir no solamente es ignorado sino que es mal visto y juzgado. Una vez que se

presenta una cierta emoción, los cuidadores tienden a minimizarla y restar su importancia (Sorin, 2003). Estas interacciones familiares se basan en la idea de que hay ciertas formas de expresión emocional que no deben ser exteriorizadas ya que denotan debilidad, dramatismo, victimización o falta de agradecimiento. No expresar la emoción es visto como signo de fortaleza y madurez (Kennedy-Moore y Watson, 2001). La emoción es invalidada desde la afirmación “No entiendo tu sufrimiento cuando tienes tantas razones para ser feliz.”

Este tipo de invalidación produce en la persona una desvalorización de sus propias emociones, generando una tendencia a ignorarlas o a querer suprimirlas al momento en que aparecen (Witkowski, 2017). En la relación de pareja, el otro viene a ocupar el rol de cuidador y agente validante para la persona, convirtiéndose en el único entorno seguro en el que las emociones pueden ser expresadas, lo que produce en el sujeto una asociación entre la presencia del otro y la capacidad de sentir libremente (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013).

La invalidación es un fenómeno que también puede ir más allá de las emociones. Existen entornos familiares coercitivos en los que la esta es una herramienta para impedir el desarrollo de la identidad de la persona como sujeto y coartar su independencia (Hauser y Grych, 2013). El déficit identitario tiene importantes raíces en la interacción relacional con un entorno primario incapaz de favorecer el crecimiento de un “yo” autónomo. Al desarrollarse como un sujeto con un déficit de identidad, la persona se encuentra en constante búsqueda de un otro que lo complete, por lo que tiende a relacionarse desde sus falencias esperando que sean suplidas en presencia de un agente externo (Willi, 2002).

Además de desfavorecer el crecimiento de la identidad, discursos como “tu no puedes hacer esto solo” o “déjame yo lo hago por ti” caracterizan un ambiente invalidante en el que la persona desarrolla la idea de ser incapaz e insuficiente en ausencia de un otro que lo asista, generando un déficit en su autoeficacia (Witkowski, 2017). Bajo este sentimiento de

incapacidad la persona deposita en el otro la responsabilidad de hacer aquellas cosas para las que el mismo se siente insuficiente para realizar (Willi, 2002).

La Terapia Focalizada en la Emoción

La terapia Focalizada en la Emoción (TFE) es una modalidad de tratamiento psicoterapéutico centrada en desarrollar la inteligencia emocional del sujeto (Feldman Barrett y Salovey, 2002). para ayudar a que este tenga una mayor capacidad de lidiar con sus problemas y vivir en armonía (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Este abordaje de tratamiento nos presenta la perspectiva de que la emoción es la fuente más importante de significado, dirección y crecimiento en la vida de una persona (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Dentro del campo de la psicoterapia se hizo evidente que el conocimiento intelectual del conflicto propio, por sí solo no era suficiente para producir el cambio (Lane, Ryan, Nadel y Greenberg, 2015) y por lo tanto el estudio de las emociones y su influencia en la transformación de la persona comenzó a cobrar cada vez más importancia. La combinación de la activación emocional en terapia en conjunto con un procesamiento de dicha emoción es lo que contribuye al cambio terapéutico a largo plazo (Lane, Ryan, Nadel y Greenberg, 2015).

Además de un enfoque centrado en la emoción, la TFE al ser un enfoque derivado de los principios de la Terapia Humanista-Existencial, utiliza la narrativa y la creación de significado como una base importante para el cambio en el cliente. Los eventos deben ser descritos y re experimentados emocionalmente para que la persona construya a través de su narrativa, nuevos significados para sus experiencias de vida (Greenberg y Goldman, 2018).

La emoción

Al ser las emociones el componente central de la Terapia Focalizada en la Emoción es sumamente importante comprender el funcionamiento estas. Como se mencionó previamente, los teóricos de las emociones han llegado a la conclusión de que estas son adaptativas por principio y que se manifiestan con la finalidad de dirigirnos hacia la satisfacción de nuestras necesidades (Greenberg y Goldman, 2018). “La emoción identifica las cosas que son significativas para el bienestar y prepara a la persona para tomar una acción adaptativa” (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg).

Existen distintas formas de respuesta emocional que la persona puede manifestar a raíz de una determinada situación. Estas se pueden dividir en cuatro: emoción primaria adaptativa, emoción primaria desadaptativa, emoción secundaria y emoción instrumental (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

1. La emoción primaria adaptativa es aquella que surge como reacción directa e instintiva frente una situación permitiendo que la persona responda de manera adecuada ante el estímulo. Esta respuesta emocional cumple con la premisa antes mencionada de que cualquier emoción es adaptativa al ser expresada en directamente frente a una situación en la que se requiere de la presencia de dicha emoción (Greenberg y Safran, 1987).
2. La emoción primaria desadaptativa es aquella que surge como reacción inmediata frente a una situación en la que se aprendió a responder de tal forma a menudo debido a una experiencia traumática o conflictiva. La persona continúa respondiendo con cierta emoción frente a un determinado estímulo a pesar de que esta reacción ya no sea necesaria o adaptativa en su situación presente (Pos y Greenberg, 2012)
3. La emoción secundaria es la que se presenta con la finalidad de esconder la emoción primaria. Al sentir la primera reacción de frente a una situación, la

persona la rechaza e intenta encubrirla en su lugar con una emoción distinta con la que se sienta menos incómoda. Esta no es adaptativa para la persona debido a que transforma la emoción original y por lo tanto cambia la respuesta apropiada frente a la situación (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

4. Finalmente, la emoción instrumental se produce cuando la reacción emocional presentada tiene la intención de influenciar o controlar al otro ya que las emociones funcionan como un sistema de comunicación interpersonal y producen una respuesta en los demás (Paivio y Laurent, 2001). Esta forma instrumental frente a la situación es independiente de la emoción primaria que la persona experimente dentro de sí misma (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Además de tener distintas respuestas frente a las situaciones del entorno, la emoción también es un sistema que se organiza a través de lo que se conoce como esquemas emocionales. Estos son definidos como “integraciones dinámicas de distintos niveles de funcionamiento (percepción, sensación, cognición, afecto y cambios fisiológicos) influenciados por la cultura, el aprendizaje y la experiencia” (Pos y Greenberg, 2012). Estos esquemas emocionales se organizan a través de cuatro distintos componentes:

- Perceptual-Situacional: representa los entornos en los que la persona se mueve y la conciencia que se tiene de las situaciones y eventos presentes y pasados de la vida.
- Corporal-Expresivo: es la parte del esquema emocional que se procesa a través de las sensaciones corporales. Tiene que ver con las reacciones inmediatas que se manifiestan en el cuerpo a raíz de una situación, así como también las formas en las que el cuerpo expresa esta emoción (gestos o risas).

- Simbólico-Conceptual: Este elemento se refiere a las representaciones mentales que se hace acerca de la emoción transformándolas en afirmaciones verbales y en metáforas de la experiencia.
- Motivacional- Comportamental: además de todo lo mencionado, el esquema emocional al procesarse se manifiesta en forma de necesidades, deseos, intenciones y tendencias a la acción en la persona.

(Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Estos cuatro componentes son organizados alrededor de las varias emociones que se pueden manifestar en la vida de la persona. Los esquemas emocionales no pueden ser percibidos de forma consciente en su totalidad y solamente se hacen evidentes a través de las experiencias y las necesidades que manifiestan.

Una vez comprendida a la emoción como tal con mayor detalle, la EFT también pone énfasis en la importancia de la regulación de estas para el bienestar de la persona. La regulación emocional es crucial en la motivación y la organización del comportamiento adaptativo (Cicchetti, Ackerman y Izard, 1995). Esta es descrita como “la habilidad de una persona para tolerar, estar consciente, poner en palabras y utilizar las emociones de forma adaptativa para regular el malestar y promover el cumplimiento de las necesidades y metas” (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). La capacidad de tener una regulación emocional adecuada tiene que ver con la medida en la que la persona puede acceder a esta emoción, comprenderla, tolerarla, otorgarle un significado y distanciarse de ella de ser necesario (Greenberg y Goldman, 2018).

Las emociones pueden estar desreguladas cuando hay una sobre activación o una hipo activación de estas. Una persona puede estar sobre activada emocionalmente, sentirse abrumada por su estado y no poder sobrepasar rápidamente la emoción, así como también

puede estar poco activada y distanciada de la emoción al punto de no poder acceder a ella (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Para comenzar a desarrollar una mejor regulación emocional es importante que la persona comience por registrar las señales de activación emocionales que se presentan en ella. Comprender las sensaciones corporales que vienen acompañadas de un determinado estado emocional contribuye a que la persona pueda modular este estado de mejor manera (Gross, 1999). En Terapia Focalizada en la Emoción, validar las emociones de la persona, promover la activación e interpretación de estas en la experiencia en sesión son algunas de las herramientas importantes que ayudan al sujeto a encontrar una mejora en este aspecto (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Bases para el tratamiento

Además de la comprensión de la emoción y de la regulación de estas, la TFE tiene algunos otros principios importantes a tomar en cuenta al momento de construir una intervención que favorezca el cambio de la persona.

La dialéctica es un concepto importante dentro de la Terapia Focalizada en la Emoción. De acuerdo con este, las personas tienen una construcción en la que el self se encuentra en constante cambio y reorganización (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Dentro del sujeto, existen distintos lados o “voces” internas que se contraponen entre sí. Las personas, como seres complejos, tienen multiplicidad del self, es decir que tienen varios aspectos contradictorios que se reflejan tanto en la experiencia interna como en el comportamiento. La dinámica dialéctica de la persona se vuelve disfuncional en el momento en el que las distintas partes del self son hostiles la una hacia la otra y ciertos aspectos importantes del self son silenciados u oprimidos (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). En el proceso terapéutico, es importante que la persona observe de manera separada los diferentes aspectos del self o voces internas que interactúan y discuten entre sí. El

terapeuta ayuda a que emerjan aquellos aspectos del self que han sido silenciados o están implícitos en el discurso del cliente con la finalidad de que este pueda integrar su experiencia de mejor manera y conciliar aquellos aspectos contradictorios de su self (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

En el proceso de la terapia, la relación que se desarrolla entre el cliente y el terapeuta juega un papel fundamental en el cambio de la persona. El terapeuta debe transmitir una aceptación positiva incondicional hacia el cliente y tener la convicción de que este mismo tiene el potencial interno para el cambio (Pos y Greenberg, 2012). La dinámica de comunicación que el terapeuta utiliza a lo largo del proceso tiene una característica particular de intercalar entre el seguir y el guiar (*follow and guide*) al cliente durante su experiencia de cambio. Por un lado, el terapeuta sigue la pista de la evolución de la experiencia interna del cliente a la vez que guía a éste hacia el planteamiento activo de metas y hacia ciertas tareas específicas que contribuyen a su alcance (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Los principios de tratamiento más importantes en la Terapia Focalizada en la Emoción se dividen en dos grandes categorías. Estos son los principios relacionales derivados de la Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers y los principios de la tarea cuyas raíces se encuentran en la Gestalt de Fritz Perls. Los principios de relación tienen que ver con la construcción de un “compromiso compartido (...) para alentar al cliente a expresarse y a explorar sus dificultades personales centrales, así como el dolor emocional” (Greenberg, Elliott y Pos, 2015). Por otro lado, los principios de la tarea ayudan a que el cliente progrese en el cumplimiento de las tareas terapéuticas que se van presentando a lo largo del proceso (Greenberg, Elliott, y Pos, 2015).

Hay tres principios relacionales que son:

1. Entonamiento empático trata de la forma en la que el terapeuta está presente para seguir la trayectoria de la experiencia inmediata del cliente y la forma en como esta evoluciona en el proceso.
2. Vínculo terapéutico se refiere a “comunicar empatía, comprensión y presencia al cliente” (Greenberg, Elliott y Pos, 2015).
3. Finalmente, la colaboración con la tarea facilita que se dé el cumplimiento de las metas establecidas dentro de la terapia.

(Greenberg, Elliott y Pos, 2015).

Por otro lado, también hay tres principios de la tarea descritos a continuación:

1. Procesamiento emocional se refiere a ayudar a que el cliente trabaje en micro procesos de distintas formas dependiendo de lo que sea más útil para su experiencia en un determinado momento.
2. El enfoque en el cumplimiento de las tareas se utiliza para persistir sutilmente en la continuación en las tareas claves para el proceso terapéutico del cliente.
3. El autodesarrollo es el principio de promover el empoderamiento y responsabilizar al cliente de su experiencia de cambio.

(Greenberg, Elliott y Pos, 2015).

TFE para tratamiento de la Dependencia Afectiva:

Una vez que se ha analizado a profundidad la Dependencia Afectiva y se ha explicado el funcionamiento de la Terapia Focalizada en la Emoción, es importante plantear la forma en la que esta modalidad de tratamiento puede resultar útil para esta problemática.

Como se ha mencionado anteriormente, La Dependencia Afectiva tiene una fuerte relación con la invalidación de los estados emocionales de la persona, así como también con una falta de comprensión de estos. La TFE es una herramienta útil al ofrecer a la persona un ambiente de empatía, aceptación incondicional y apertura en el que sus emociones tienen la

libertad de ser experimentadas (Greenberg, Elliott y Poss, 2015). El auto consuelo y la validación de los estados emocionales, así como el procesamiento de estas dentro del ambiente terapéutico ayuda a que el sujeto tenga un mejor manejo respecto a ellas (Pascual-Leone y Greenberg, 2007), evitando de esta forma que se necesite de un agente externo que defina y contenga su emocionalidad (Jaller y Lemos, 2009).

Además de la comprensión y la expresión libre de las emociones, la TFE es un recurso importante para ayudar a que el sujeto desarrolle una mejor regulación de estos estados internos. Una persona con síntomas de Dependencia Afectiva se encuentra altamente comprometida con sus emociones y tiene dificultad para modularlas de forma efectiva (Jaller y Lemos, 2009). Tener un distanciamiento apropiado de las emociones que se experimentan con demasiada intensidad, ayuda a que la persona pueda procesar dichos estados con mayor objetividad y por lo tanto llegué a comprenderlos y a otorgarles significados más completos (Gendlin, 1968). Es crucial que, durante el proceso de tratamiento, la persona desafíe sus esquemas emocionales desadaptativos y los intercambie por otros más saludables que favorezcan el cambio (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Comprender, modular y darle significado a la emoción funciona como una herramienta para que la persona sea capaz de manejar estos estados de forma autónoma (Carcione y Falcone, 1995)

Como se ha mencionado anteriormente, el enfoque de Terapia Centrada en la Emoción funciona bajo el principio fundamental de que las personas tienen el potencial interno para el cambio. Es por esto por lo que es importante también que el cliente trabaje con los principios de la tarea descritos anteriormente para que a través de la experiencia dentro y fuera de sesión y del empoderamiento pueda reafirmar su capacidad de manejar sus emociones y construir una mayor autonomía (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

Como se ha podido observar, la Dependencia Afectiva es un problema complejo que afecta significativamente el bienestar de la persona (Castelló, 2005). La Terapia Focalizada

en la Emoción presenta una amplia diversidad de recursos que pueden resultar útiles para favorecer el cambio de una persona con esta problemática e impulsar su autonomía.

METODOLOGÍA

Participantes:

Para el presente estudio se reclutarán quince mujeres que sean estudiantes universitarias y se encuentren en un rango de edad de entre 18 y 24 años. Para llevar a cabo el reclutamiento, se solicitarán 35 mujeres voluntarias entre estas edades que se encuentren actualmente en una relación de pareja de un año en adelante para lo cual se utilizarán carteles publicados dentro de las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito, así como también en las redes sociales de la institución. Una vez que se obtengan las voluntarias, se les administrará dos pruebas para evaluar la satisfacción percibida en su relación y los rasgos de dependencia hacia la misma:

- IDE (Inventario de Dependencia Emocional) (Aiquipa, 2012).
- RAS (Relationship Assessment Scale) (Hendrick, 1988).

Al observar los resultados de estas dos pruebas, se seleccionarán aleatoriamente quince mujeres que cumplan con el rango de puntuación adecuada para participar. (puntaje entre 120 y 196 en el IDE y 17 o menor en RAS)

Diseño:

El presente estudio tiene un diseño pre experimental de medidas repetidas (entre sujetos) ya que se seleccionará un solo grupo de participantes en los que se evaluará los síntomas de Dependencia Afectiva antes y después del proceso terapéutico con Terapia Focalizada en la Emoción. Es un diseño pre experimental debido a que no hay un grupo control de participantes para observar diferencia de los resultados con tratamiento en comparación a un grupo sin tratamiento. Un solo grupo se expone al proceso terapéutico y se

toma una medición de antes y después para analizar los resultados de la terapia sobre la variable dependiente (Rusu, 2011). En un diseño de experimento puro, este estudio debería contar con un grupo control en el que ciertos participantes no reciban la terapia para observar la diferencia entre recibirla y no recibirla en los síntomas de la Dependencia Afectiva (Rusu, 2011). El presente estudio es correlacional ya que se busca evaluar la relación que tiene la variable independiente sobre la variable dependiente, no observar la causalidad directa de la una sobre la otra.

Procedimiento:

El primer paso para la ejecución del presente estudio consistirá en el reclutamiento de los participantes utilizando el método descrito anteriormente. Una vez que se hayan obtenido las 15 mujeres, se les explicará que el propósito del estudio consiste en evaluar hasta qué punto sus rasgos de Dependencia Afectiva pueden mejorar o disminuir después de asistir a 16 sesiones de tratamiento psicoterapéutico con una duración de 50 minutos en cada sesión. También se les pedirá que firmen el consentimiento informado previo al inicio del proceso en el que se indicarán las condiciones del estudio y se estipulará que pueden abandonar el proceso en cualquier momento de ser necesario. Una vez que se ha obtenido el consentimiento de todas las participantes para comenzar, cada una de ellas será evaluada con la entrevista clínica de Bleger (1964) y con los tres instrumentos de medición mencionados en la sección anterior: CDE, BAI y CORE. Estos serán administrados individualmente previo a la entrevista clínica. Después de haber terminado la fase inicial de evaluación, se coordinará un horario semanal en el que cada una de las participantes recibirá tratamiento con TFE de forma individual durante 16 semanas. Se recomienda que el tratamiento tenga esta duración debido a que se estima que se requieren de aproximadamente 16 sesiones para que el trabajo terapéutico principal esté completado, a lo cual se puede acompañar con cuatro sesiones posteriores de seguimiento con una frecuencia reducida (MacLeod, Elliott y Rodgers, 2012).

Al finalizar la octava sesión, se administrará los mismos instrumentos que en un inicio a todos los participantes con el objetivo de observar el progreso de la terapia en la mitad del proceso. Una vez que se hayan terminado las 16 sesiones de tratamiento con cada una de las mujeres, se volverá a evaluar a las participantes con las mismas pruebas y se realizará una nueva entrevista clínica individual. Se agradecerá a las participantes por formar parte del estudio y se culminará el proceso.

Instrumentos:

El presente estudio utilizará varios instrumentos a lo largo del proceso:

IDE - Inventario de Dependencia Emocional (Aiquipa, 2012):

Este instrumento tiene el propósito de medir los rasgos de Dependencia Afectiva presentes en el sujeto. Los puntajes van desde 49 - 196 siendo clasificados en 4 rangos: 49-84 nivel de dependencia bajo; 85-105 significativo; 106-124 moderado y 125-196 alto. Cuenta con 49 ítems y tiene una confiabilidad en español de 0.91 y una validez factorial de 0.96 (Aiquipa, 2012). Es una prueba construida y desarrollada en el idioma español y ha sido validada en una población latinoamericana por lo que se presenta como una buena opción para el estudio realizado en Ecuador (Aiquipa, 2012).

RAS - Relationship Assessment Scale (Hendrick, 1988):

Esta prueba es una escala de tipo Likert que cuenta con 7 ítems y los puntajes van desde el 7 al 35. La confiabilidad es de 0.86 para una muestra mexicana y la validez oscila entre los puntajes de 0.45 - 0.8 (Hendrick, 1988). Esta prueba ha sido validada en población mexicana por lo que es una herramienta útil para utilizarla en una población latinoamericana como el Ecuador (More y Senador, 2015).

CDE - Cuestionario de Dependencia Emocional (Lemos y Londoño, 2006):

Este instrumento será utilizado para medir los rasgos de Dependencia Afectiva y la forma en la que estos se pueden modificar después del proceso terapéutico. Contiene 23 ítems de

escala tipo Likert y el puntaje va entre 23 y 138 siendo el puntaje más alto un indicador de mayor índice de síntomas de Dependencia. La confiabilidad global de esta prueba es de 0.9 y la validez es de 0.7 en idioma español. Este instrumento está construido y validado en población colombiana, por lo que puede ser una herramienta útil para medir la Dependencia Afectiva en el Ecuador (Lemos y Londoño, 2006).

BAI - Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988):

Esta prueba está diseñada para medir los síntomas de ansiedad del sujeto. Dentro del estudio, se utiliza como un complemento para observar cómo estos síntomas de ansiedad pueden cambiar en las personas con Dependencia Afectiva después del proceso de terapia. La confiabilidad por consistencia interna de esta prueba es de 0.92, la confiabilidad de test retest (a una semana) es de 0.75 y la validez es de 0.51 en el idioma inglés. El instrumento contiene 21 ítems y los puntajes son 0-21 ansiedad baja, 22-35 ansiedad moderada y 36 en adelante niveles de ansiedad posiblemente preocupantes. (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Esta herramienta ha sido también desarrollada en español por lo que se brindará esta versión en este idioma a las participantes.

CORE - Clinical Outcomes in Routine Evaluations:

Este instrumento es una herramienta útil para medir la efectividad de un proceso terapéutico debido a que brinda una idea general del estado emocional y del funcionamiento del cliente para poder observar el malestar psicológico global que experimenta. Las cuatro dimensiones que se miden dentro de esta prueba son: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas, Funcionamiento general y Riesgo. Es un cuestionario de auto reporte que cuenta con 34 ítems que se puntúan desde el 0-4. Mientras más alto es el puntaje es mayor el malestar y la cantidad de síntomas presentes. Todas las dimensiones medidas en la prueba muestran un rango de confiabilidad entre 0.75-0.90 y rangos de 0.87-0.91 en test retest para una muestra española (Feixas, Evans, Trujillo, Saúl, Botella, Corbella, González, Bados, García- Grau y

López-González, 2012). La validez convergente de la prueba ha probado ser buena al tener correlaciones altas de la prueba con el BAI, BDI y Symptoms Checklist 90-R (Feixas, et al., 2012).

RESULTADOS ESPERADOS

Análisis de Datos:

Los métodos de evaluación de los resultados son tanto cuantitativos como cualitativos. La variable independiente del estudio es la aplicación del tratamiento con TFE y la variable dependiente es el puntaje obtenido en los siguientes tests: CDE (Cuestionario de Dependencia Emocional) BAI (Beck Anxiety Inventory) y CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluations) (método cuantitativo) y el auto reporte de la entrevista clínica de Bleger (1964) (método cualitativo). Los cambios en estos puntajes y las variaciones en el auto reporte serán el indicador de la efectividad que puede tener esta modalidad de intervención en los síntomas de la Dependencia Afectiva.

El análisis de datos cuantitativos se llevará a cabo observando los cambios en los puntajes obtenidos en cada uno de los tres tests administrados. Una vez terminado el estudio, los puntajes de las participantes al inicio del proceso se compararán con los de la evaluación en la octava sesión y con los puntajes al finalizar las 16 sesiones. Esta comparación se dará utilizando el sistema de análisis estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para comprobar si es que hay diferencias significativas en los puntajes antes y después de recibir tratamiento con TFE. Dentro del SPSS, se utilizará un análisis de t test pareado o de medidas repetidas ya que se está observando la diferencia en una misma muestra en distintas condiciones (antes del tratamiento y después del tratamiento).

Por otro lado, se realizará un método Grounded Theory (Glasser y Strauss, 1967) para el análisis cualitativo de la entrevista clínica (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005) para

observar los cambios percibidos en el auto reporte de la persona. Este análisis de Grounded theory (Glasser y Strauss, 1967), es un método de análisis de datos cualitativos en el que existen tres pasos principales a seguir:

1. Codificación de los hallazgos encontrados a partir de la información cruda

En este punto se construyen categorías y subcategorías conectando similitudes en los datos y encontrando segmentos en la entrevista que se refieran al mismo tema. Se puede construir esta clasificación de los datos a través de una codificación abierta o una codificación axial (Arraiz, 2014).

2. Formulación y descripción de las categorías interpretativas

A través de las clasificaciones construidas en el primer paso, se desarrollan categorías fuertes y concretas que tienen el fin de evaluar adecuadamente la globalidad de los datos obtenidos dentro de la entrevista (Arraiz, 2014).

3. Formulación de un modelo teórico-explicativo

Este último paso consiste en “la construcción de significados con base a la relación de las opiniones recogidas por los informantes; los cuales constituyen, a criterio de estos autores, un modelo teórico-explicativo que sirve para explicar e interpretar un fenómeno determinado.” (Arraiz, 2014).

Resultados esperados:

Una vez finalizado el análisis de los datos, el resultado que se esperaría en el ámbito cuantitativo es que los puntajes de las pruebas presenten diferencias significativas de mejoría en los síntomas de Dependencia Afectiva, ansiedad y en el malestar general. En cuanto al aspecto cualitativo, se esperaría que las participantes reporten mejoría subjetiva en los síntomas después de haber recibido el tratamiento con TFE.

Como se ha observado dentro de la revisión de la literatura, se esperaría que algunos componentes como la validación, el ambiente terapéutico empático y la comprensión más

profunda de los esquemas emocionales de la persona reduzcan la presencia de síntomas de ansiedad, malestar general y Dependencia Afectiva. Se esperaría que a través del tratamiento, la persona desarrolle una comprensión más amplia respecto al manejo de sus estados afectivos internos y se incentive su capacidad de modularlos sin necesidad de la ayuda de un agente externo (Greenberg y Goldman, 2018). Al trabajar con las voces dialécticas del self se ayudaría a que el cliente logre integrar de mejor manera su experiencia y por lo tanto sea capaz de desenvolverse como un sujeto más autónomo que antes de la experiencia de tratamiento (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004).

DISCUSIÓN

La presente propuesta de investigación plantea la utilización de la Terapia Focalizada en la Emoción como una alternativa de tratamiento para las mujeres universitarias con rasgos de Dependencia Afectiva. Se ha realizado una revisión detallada respecto a los aspectos que conforman el problema de la dependencia, así como también una descripción de los componentes más importantes de la TFE. Debido a la cualidad altamente emocional de la problemática, se han descrito las diversas razones por las que se piensa que esta modalidad de tratamiento podría ser efectiva para tratar la Dependencia afectiva.

Dentro de esta investigación, se ha utilizado un solo grupo de participantes para evaluar la efectividad de la TFE para el tratamiento de la Dependencia Afectiva. Todas estas participantes son sometidas al mismo tratamiento durante 16 sesiones y se evalúa la diferencia en los puntajes de las pruebas que han sido mencionadas anteriormente. Otras futuras investigaciones podrían evaluar la misma hipótesis utilizando dos grupos en el que uno reciba el tratamiento y otro no lo reciba para comprobar la diferencia que existe entre la presencia del tratamiento y la ausencia de este.

La propuesta de investigación cuenta con fortalezas y limitaciones importantes de analizar. Una de las principales fortalezas es que se dedica a evaluar de forma directa la efectividad que puede tener un abordaje específico de tratamiento en la Dependencia Afectiva, por lo que se puede conocer más ampliamente la utilidad del mismo para manejar esta problemática. Otra de las fortalezas es que es sencillo y resulta fácil de replicar en caso de que se desee. A pesar de contar con ciertas fortalezas, la propuesta también tiene limitaciones importantes. Una de ellas es que se enfoca en una muestra reducida por lo que los resultados pueden ser difíciles de generalizar a toda la población. También, existen factores que no se están tomando en cuenta dentro del estudio como ciertos datos demográficos que podrían tener una influencia que no está siendo evaluada en los resultados. Debido a que el reclutamiento de la muestra se da únicamente en estudiantes universitarias de la Universidad San Francisco, se desconoce como los resultados de la investigación podrían variar al incluir otras instituciones.

Al ser un estudio que involucra la presencia de personas, es crucial tener en cuenta las consideraciones éticas y el respeto de estas. Previo a su inicio, el estudio deberá ser enviado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco, con el objetivo de cumplir con todas estas consideraciones. Como se ha mencionado en la sección de procedimiento, las participantes recibirán un consentimiento informado en el que se explicarán los objetivos del estudio. El consentimiento tendrá en cuenta la importancia de la confidencialidad de la información brindada y la protección de la identidad de cada una de ellas. Este documento también estipulará el carácter voluntario de la participación y aclarará la libertad de cada persona de abandonar el estudio en cualquier momento si es que lo considera necesario, sin que esto tenga repercusiones negativas de ningún tipo para el sujeto.

Otros estudios complementarios podrían ampliar la investigación enfocándose en un análisis más complejo de la Dependencia Afectiva que involucre tanto a hombres como a

mujeres. También, sería interesante observar cómo esta problemática se presenta de forma distinta en parejas casadas de lo que ocurre en parejas solteras o como se modifica de acuerdo con la edad de la persona. Otras investigaciones podrían analizar el tema en la población general de mujeres de 18-24 años ya que el estudio actual se enfoca únicamente en mujeres con un nivel de educación universitaria. Futuros estudios podrían también profundizar en la relación que existe entre aspectos como los patrones de apego, la desregulación emocional o la invalidación de la experiencia y el desarrollo de síntomas de Dependencia. Debido a la complejidad y amplitud del problema, existen varios temas que se podrían añadir para una mejor comprensión de cómo abordarlo.

Fuentes:

- Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del Inventario de Dependencia Emocional - IDE. *Revista IIPSI*, 15(1). 133-145.
- Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44. 709-716.
- Ainsworth, M. D., Blear, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56. 893-897.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.

- Brumariu, L. E., y Kerns, K. A. (2014). Mother–child emotion communication and childhood anxiety symptoms. *Cognition and Emotion*, 29(3). 416–431.
- Carcione, A., y Falcone, M. (1995). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. *Psicoterapia cognitiva del paciente grave*. 9-42.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Echeburua, E. y Del Corral, P. (1999). Avance en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (102), 585-614.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., y Greenberg, L. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., y McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3). 247-255.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García- Grau, E., y López-González, M.A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluations - Outcome Measures. *Revista de Psicoterapia*, 23(89). 109-135.
- Feldman Barrett, L., y Salovey, P. (2002). *The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence*. New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs
- Gendlin, E. (1968). The Experiential response. *Use of interpretation in treatment*. New York: Grune & Stratton.
- Girón, S., Rodríguez, R., y Sánchez, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Revista Psiquis*, 24(1). 5-14.
- Glasser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Greenberg, L., y Goldman, R. (2018). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L., y Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Hadden, B., Smith, V., y Webster, G. (2014). Relationship Duration Moderates Associations Between Attachment and Relationship Quality: Meta-Analytic Support for the Temporal Adult Romantic Attachment Model. *Personality and Social Psychology Review*, 18(1). 42-58.
- Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50. 93-98
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2). 347-372.
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M., y Sánchez, J. (2016). Esquemas Cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2). 145-162.

- Izquierdo, S., y Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia Afectiva: Abordaje desde una perspectiva Contextual. *Psicología: Avances de la Disciplina* 7(1). 81-91.
- Jaller, C., y Lemos, M. (2009). Esquemas Desadaptativos Tempranos en Estudiantes Universitarios con Dependencia Emocional. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2). 77-83.
- Kennedy-Moore, E., y Watson, J. (2001). *Expressing Emotion: Myths, Realities and Therapeutic Strategies*. Nueva York: Guildford Press.
- Lemos, M., Jaller, C., González, A. M., Díaz, Z. T., y De La Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psicológica*, 11(2). 395-404.
- Lemos, M., y Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2). 127-140.
- Lemos, M., Londoño, N., y Zapata, J. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9(1). 55-69.
- Martin, J., Bureau, J.F., Cloutier, P., y Lafontaine, M.F. (2011). A Comparison of Invalidating Family Environment Characteristics Between University Students Engaging in Self-Injurious Thoughts & Actions and Non-Self-Injuring University Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477–1488.
- Martínez-Álvarez, J., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., y González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de psicología*, 30(1). 211-220.
- Massa, J., Pat, Y., Keb Fonseca, R., Canto, M., y Chan, N. (2011). La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3). 176-193.
- MacLeod, R., Elliott, R., & Rodgers, B. (2012). Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychotherapy Research*, 22(1), 67–81.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74. 513-524.
- Moral, M. V., y Sirvent, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2). 230-240.
- More, D., y Senador, A. (2013). Estilo de apego parental y satisfacción de pareja en personas que asisten a charlas matrimoniales en un hospital de Ferreñafe. *Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo*.
- Organista Díaz, P. (2005). Conciencia y metacognición. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23. 77-89.
- Pacheco, B., y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2). 109-119.
- Paivio, S., y Laurent, C. (2001). Empathy and Emotion Regulation: Reprocessing Memories of Childhood Abuse. *Psychotherapy in Practice*, 57(2). 213-226.

- Pascual-Leone, A., y Greenberg, L. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “The Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6). 875-887.
- Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S., y Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes Bogotanos. *Universitas psychologica*, 5(1). 21-36.
- Pietrzak, T., Lohr, C., Jahn, B., y Hauke, G. (2018). Embodied Cognition and the Direct Induction of Affect as a Compliment to Cognitive Behavioral Therapy. *Behavioral Sciences*, 8(29), 1-23.
- Pos, A., y Greenberg, L. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1). 84-107.
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2). 133-154.
- Santamaría, J.J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., López, O., y González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 116. 36-46.
- Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 21(2). 163-172.
- Sorin, R. (2003). Validating Young Children's Feelings and experiences of fear. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 4(1). 80-89.
- Sturrock, B. A., Francis, A., y Carr, S. (2009). Avoidance of affect mediates the effect of invalidating childhood environments on borderline personality symptomatology in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 13(2). 41–51.
- Urbiola, I., y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de adolescentes y jóvenes. *Psicología conductual*, 23(3). 571-587.
- Willi, J. (2002). *La pareja humana: relación y conflicto*. Madrid: Moratra.
- Witkowski, G. (2017). The Effect of Emotionally Validating and Invalidating Responses on Emotional Self-Efficacy. *Walden Dissertations and Doctoral Studies Collections*.

ANEXO A: Inventario de Dependencia Emocional

IDE

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

- Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar.
- Este cuestionario contiene una serie de frases que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas con respecto a su relación de pareja.
- La relación de pareja se define como el vínculo o relación de tipo afectivo – esposo, etc. Esta relación puede ser heterosexual u homosexual y puede tener una duración de algunos días como muchos años.
- Si es que actualmente no tiene pareja, piense en su(s) relación(es) de pareja(s) anterior(es) y conteste a función a ello.
- Lea cada frase y decida si las oraciones que aparecen a continuación le describen de acuerdo a como, generalmente, siente, piensa o actúa en su relación de pareja, anotando sus respuestas con una "X" en la "Hoja de respuestas" que se le ha entregado. Las alternativas de respuestas son:

1. Rara vez o nunca es mi caso.
2. Pocas veces es mi caso.
3. Regularmente es mi caso.
4. Muchas veces es mi caso.
5. Muy frecuente o siempre es mi caso.

REPRESENTACIÓN DE LA HOJA DE RESPUESTAS						
E1		1	2	3	X	5
E2		1	X	3	4	5

Así por ejemplo, si la frase fuera: "Me siento feliz cuando pienso en mi pareja", y se responde marcando la alternativa "4", significa que "Muchas veces me siento feliz cuando pienso en mi pareja".

- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Tampoco hay límite de tiempo para contestar todas las preguntas, pero lo mejor es hacerlo con rapidez, sin pensarlo mucho. Trate de ser SINCERO(A) CONSIGO MISMO(A) y contestar con espontaneidad.
- No debe hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

IDE

1. Me asombro de mí mismo(a) por todo lo que he hecho por retener a mi pareja.
2. Tengo que dar a mi pareja todo mi cariño para que me quiera.

3. Me entrego demasiado a mi pareja.
4. Me angustia mucho una posible ruptura con mi pareja.
5. Necesito hacer cualquier cosa para que mi pareja no se aleje de mi lado.
6. Si no está mi pareja, me siento intranquilo(a).
7. Mucho de mi tiempo libre, quiero dedicarlo a mi pareja.
8. Durante mucho tiempo he vivido para mi pareja.
9. Me digo y redigo: “¡se acabó!”, pero luego llego a necesitar tanto de mi pareja que voy detrás de él/ella.
10. La mayor parte del día, pienso en mi pareja.
11. Mi pareja se ha convertido en una “parte” mía.
12. A pesar de las discusiones que tenemos, no puedo estar sin mi pareja.
13. Es insoportable la soledad que se siente cuando se rompe con una pareja.
14. Reconozco que sufro con mi pareja, pero estaría peor sin él/ella.
15. Toleró algunas ofensas de mi pareja para que nuestra relación no termine.
16. Si por mí fuera, quisiera vivir siempre con mi pareja.
17. Aguanto cualquier cosa para evitar una ruptura con mi pareja.
18. No sé qué haría si mi pareja me dejara.
19. No soportaría que mi relación de pareja fracasara.
20. Me importa poco que digan que mi relación de pareja es dañina, no quiero perderla.
21. He pensado: “¿Qué sería de mí si un día mi pareja me dejara?”.
22. Estoy dispuesto(a) a hacer lo que fuera para evitar el abandono de mi pareja.
23. Me siento feliz cuando pienso en mi pareja.
24. Vivo mi relación de pareja con cierto temor a que termine.
25. Me asusta la sola idea de perder a mi pareja.
26. Creo que puedo aguantar cualquier cosa para que mi relación de pareja no se rompa.
27. Para que mi pareja no termine conmigo, he hecho lo imposible.

28. Mi pareja se va a dar cuenta de lo que valgo, por eso tolero su mal carácter.
29. Necesito tener presente a mi pareja para poder sentirme bien.
30. Descuido algunas de mis responsabilidades laborales y/o académicas para estar con mi pareja.
31. No estoy preparado(a) para el dolor que implica terminar una relación de pareja.

32. Me olvido de mi familia, de mis amigos y de mí cuando estoy con mi pareja.
33. Me cuesta concentrarme en otra cosa que no sea mi pareja.
34. Tanto el último pensamiento al acostarme como el primero al levantarme es sobre mi pareja.
35. Me olvido del “mundo” cuando estoy con mi pareja.
36. Primero está mi pareja, después los demás.
37. He relegado algunos de mis intereses personales para satisfacer a mi pareja.
38. Debo ser el centro de atención en la vida de mi pareja.
39. Me cuesta aceptar que mi pareja quiere pasar un tiempo solo(a).
40. Suelo postergar algunos de mis objetivos y metas personales por dedicarme a mi pareja.
41. Sí por mí fuera, me gustaría vivir en una isla con mi pareja.
42. Yo soy sólo para mi pareja.
43. Mis familiares y amigos me dicen que descuido mi persona por dedicarme a mi pareja.
44. Quiero gustar a mi pareja lo más que pueda.
45. Me aísto de las personas cuando estoy con mi pareja.
46. No soporto la idea de estar mucho tiempo sin mi pareja.
47. Siento fastidio cuando mi pareja disfruta de la vida sin mí.
48. No puedo dejar de ver a mi pareja.
49. Vivo para mi pareja.

POR FAVOR ASEGÚRESE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS FRASES

HOJA DE RESPUESTAS

IDE

**HOJA DE
RESPUESTAS**

Edad: _____ Sexo: M F

Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____

Pareja Actual: SI NO

- | | |
|--|--|
| <p>1. Rara vez o nunca es mi caso</p> <p>2. Pocas veces es mi caso</p> <p>3. Regularmente es mi caso</p> | <p>4. Muchas veces es mi caso</p> <p>5. Muy frecuente o siempre es mi caso</p> |
|--|--|

1	SS	1	2	3	4	5	
2	SS	1	2	3	4	5	
3	SS	1	2	3	4	5	
4	MIS	1	2	3	4	5	
5	MR	1	2	3	4	5	
6	MIS	1	2	3	4	5	
7	SS	1	2	3	4	5	
8	SS	1	2	3	4	5	
9	MR	1	2	3	4	5	
10	NAP	1	2	3	4	5	
11	NAP	1	2	3	4	5	
12	NAP	1	2	3	4	5	
13	MIS	1	2	3	4	5	
14	MR	1	2	3	4	5	
15	MR	1	2	3	4	5	
16	DEX	1	2	3	4	5	
17	MR	1	2	3	4	5	
18	MIS	1	2	3	4	5	
19	MIS	1	2	3	4	5	
20	DCD	1	2	3	4	5	
21	MIS	1	2	3	4	5	
22	MR	1	2	3	4	5	
23	NAP	1	2	3	4	5	
24	MIS	1	2	3	4	5	
25	MIS	1	2	3	4	5	

26	MR	1	2	3	4	5	
27	MR	1	2	3	4	5	
28	MR	1	2	3	4	5	
29	MIS	1	2	3	4	5	
30	PP	1	2	3	4	5	
31	MIS	1	2	3	4	5	
32	PP	1	2	3	4	5	
33	PP	1	2	3	4	5	
34	NAP	1	2	3	4	5	
35	PP	1	2	3	4	5	
36	DEX	1	2	3	4	5	
37	PP	1	2	3	4	5	
38	DCD	1	2	3	4	5	
39	DCD	1	2	3	4	5	
40	PP	1	2	3	4	5	
41	DEX	1	2	3	4	5	
42	DEX	1	2	3	4	5	
43	PP	1	2	3	4	5	
44	DCD	1	2	3	4	5	
45	PP	1	2	3	4	5	
46	MIS	1	2	3	4	5	
47	DCD	1	2	3	4	5	
48	NAP	1	2	3	4	5	
49	DEX	1	2	3	4	5	

SUB	MR	MIS	PP	NAP	DEX	SS	DCD
ESCALAS							
PD							
PC							

DE

ESCALA DE SATISFACCIÓN

(Hendrick, S., 1988)

Por favor, para cada una de las siguientes afirmaciones, rodea la letra que mejor describe tu relación en función del continuo que aparece debajo.

1. ¿Hasta qué punto tu pareja satisface tus necesidades?

A B C D E

Pobremente

Muy bien

2. En general, ¿cómo de satisfecha estás en tu relación?

A B C D E

Insatisfecha

Muy satisfecha

3. ¿Cómo de buena es tu relación comparada con la mayoría?

A B C D E

Pobre

Excelente

4. ¿Con qué frecuencia desearías no haber comenzado esta relación?

A B C D E

Nunca

Muy a menudo

5. ¿Hasta qué punto tu relación ha cubierto tus expectativas originales?

A B C D E

Casi nada

Completamente

6. ¿Cuánto quieres a tu pareja?

A B C D E

No mucho

Mucho

7. ¿Cuántos problemas hay en tu relación?

A B C D E

Muy pocos

Muchos

ANEXO C: Cuestionario de Dependencia Emocional

CDE

LEMOS M. & LONDOÑO N.H. (2006)

Instrucciones:

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamen te verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

1. Me siento desamparado cuando estoy solo	1 2 3 4 5 6
2. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja	1 2 3 4 5 6
3. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla	1 2 3 4 5 6
4. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja	1 2 3 4 5 6
5. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja	1 2 3 4 5 6
6. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo	1 2 3 4 5 6
7. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado	1 2 3 4 5 6
8. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme	1 2 3 4 5 6
9. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje	1 2 3 4 5 6
10. Soy alguien necesitado y débil	1 2 3 4 5 6
11. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo	1 2 3 4 5 6
12. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás	1 2 3 4 5 6
13. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío	1 2 3 4 5 6
14. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto	1 2 3 4 5 6
15. Siento temor a que mi pareja me abandone	1 2 3 4 5 6
16. Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella	1 2 3 4 5 6
17. Si desconozco dónde está mi pareja me siento intranquilo	1 2 3 4 5 6
18. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo	1 2 3 4 5 6

19. No tolero la soledad	1 2 3 4 5 6
20. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro	1 2 3 4 5 6
21. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella	1 2 3 4 5 6
22. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja	1 2 3 4 5 6
23. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja	1 2 3 4 5 6

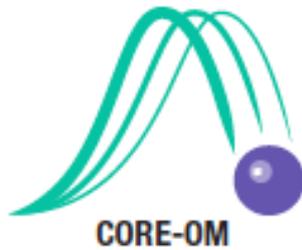
ANEXO D: Beck Anxiety Inventory

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO E: Clinical Outcomes in Routine Evaluations



Código del centro: <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Código del cliente <input type="text"/>		Hombre <input type="checkbox"/>
Nombre o código del psicoterapeuta <input type="text"/>	Fase actual	Fase <input type="checkbox"/>
Fecha <input type="text"/>	S Selección	Episodio de terapia <input type="checkbox"/>
A A A A M M D D	R Derivación	
	A Evaluación	
	F Primera sesión de terapia	
	P Pre-terapia	
	D Durante terapia	
	L Última sesión de terapia	
	X Seguimiento 1	
	Y Seguimiento 2	

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días.
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

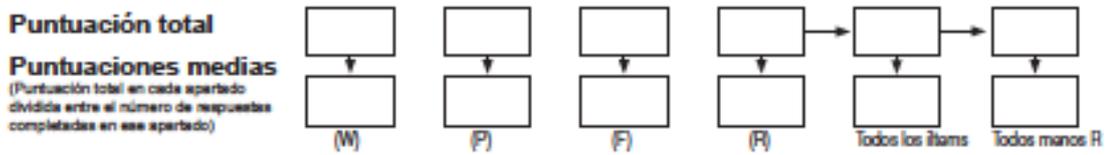
Durante los últimos siete días...	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	Episodio de terapia
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	no responde
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO





Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Terapia Focalizada en la Emoción Para el Tratamiento de Mujeres Universitarias que Presentan Dependencia Afectiva Patológica.

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal María Emilia Herrera Landázuri

Datos de localización del investigador principal 3514179 / 0998598106/
mariemi58_@hotmail.com

Co-investigadores N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre al Terapia Focalizada en la Emoción para el tratamiento de la Dependencia Afectiva.</p>
Propósito del estudio
<p>El propósito de este estudio es llevar a cabo una investigación que analice la posible efectividad de la Terapia Focalizada en la Emoción para los síntomas de Dependencia Afectiva en mujeres universitarias. Este cuenta con quince participantes que recibirán este tipo de terapia durante 16 semanas.</p>
Descripción de los procedimientos
<p>Previo al inicio del proceso terapéutico, se administrará tres pruebas a cada uno de los participantes, estas serán: CDE (Cuestionario de Dependencia Emocional), BAI (Beck Anxiety Inventory) y el CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluations). También se realizará una entrevista clínica de auto reporte. Una vez tomadas las pruebas, se iniciará con el proceso de terapia. Cada sesión durará aproximadamente 50 minutos y tendrán una frecuencia semanal. Se volverán a aplicar las mismas pruebas al finalizar la octava sesión de terapia y al completar la última sesión del proceso.</p>
Riesgos y beneficios

Uno de los posibles riesgos es que podría sentirse abrumado y desafiado al formar parte de un proceso terapéutico. Los beneficios son el desarrollo de una mayor autonomía y dominio de las emociones propias, así como también una contribución para observar como el presente estudio puede tener una gran utilidad en la población general de mujeres universitarias.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde sólo el investigador tendrá acceso.
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998598106 que pertenece a María Emilia Herrera, o envíe un correo electrónico a mariemi58@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha