

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO-SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA



TESIS

Programa cognitivo conductual en mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque

Presentada para obtener el grado académico de maestra en Psicología con mención en Psicología Clínica

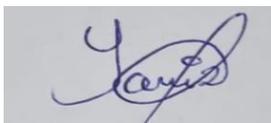
Investigadora: Peralta Burga, Yanira Danitza.

Asesor: Dr. Guevara Servigón, Dante Alfredo

Lambayeque, 2021

**Programa Cognitivo Conductual en Mujeres que sufren Violencia Familiar
con Dependencia Emocional Atendidas en un Centro De Salud De
Lambayeque**

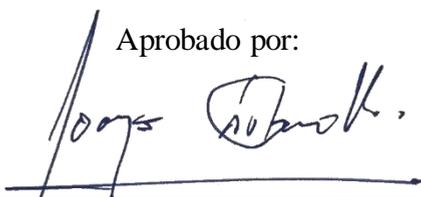
Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Maestra en Psicología con
mención en Psicología Clínica



Peralta Burga, Yanira Danitza

Investigadora

Aprobado por:



Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi.

Presidente



M.Sc. Raquel Yovana Tello Flores

Secretaria



M.Sc. Maria del Pilar Fernández Celis

Vocal



Dr. Guevara Servigón, Dante Alfredo

Asesor

Acta de sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N°469-VIRTUAL

Siendo las 09:00 horas, del día viernes 28 de octubre de 2022; se reunieron vía online mediante la plataforma virtual Google Meet: <https://meet.google.com/yxd-dija-atv>, los miembros del jurado designados mediante Resolución N°577-2018-UP-D-FACHSE, de fecha 28 de febrero de 2018, integrado por:

Presidente : Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi.
Secretaria : Dra. Raquel Yovana Tello Flores.
Vocal : Dra. María del Pilar Fernández Celis.
Asesor Metodológico : Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón.
Asesor Científico : _



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: **"PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR CON DEPENDENCIA EMOCIONAL ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD DE LAMBAYEQUE"**; presentada por la tesista **YANIRA DANITZA PERALTA BURGA**, para obtener el Grado Académico de Maestra en Psicología, mención: Psicología Clínica.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento General de Investigación (aprobado con Resolución N° 620-2021-CU de fecha 30 de diciembre de 2021); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(os) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(17) (DIECISIETE)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **BUENO**. Siendo las 9.40 horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi
PRESIDENTE

Dra. Raquel Yovana Tello Flores
SECRETARIA

Dra. María del Pilar Fernández Celis
VOCAL

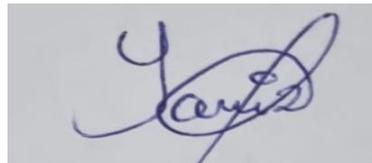
====OBSERVACIONES:

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la transmisión virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

Declaración Jurada de Originalidad

Yo, Peralta Burga, Yanira Danitza, investigadora principal, y Guevara Servigón, Dante Alfredo, asesor del trabajo de investigación “Programa Cognitivo Conductual en Mujeres que sufren Violencia Familiar con Dependencia Emocional Atendidas en un Centro De Salud De Lambayeque -2018” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe, y por ende, el proceso administrativo a que hubiere lugar. que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 2021



Peralta Burga, Yanira Danitza

Investigadora



Dr. Guevara Servigón, Dante Alfredo

Asesor

DEDICATORIA

A Dios por bendecirme en el proceso de esta investigación, a mis ángeles que están en el cielo que son mis abuelitos Celinda y Indalecio , mi tío Carlitos y Sixto , a mi mayor inspiración mi madre Maruja por su apoyo incondicional , a mis hermanitos Edu y Mara, a mi segunda madre mi Juanita, a mi novio quien es mi soporte y está conmigo en los días de felicidad y tristeza , a mi Cloé quien es mi fiel compañía mi hijita de cuatro patas , Virgilio y Calígula quienes son mis hijitos gatunos .

AGRADECIMIENTO

El trabajo de investigación es siempre fruto de ideas y esfuerzos previos e hipótesis que se hace el investigador. Deseo expresar mi agradecimiento al asesor de esta investigación el Dr. Guevara Servigón, Dante Alfredo, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por la consideración a mis sugerencias e ideas. Gracias por la confianza ofrecida.

Índice

Índice de tablas	08
Resumen/abstract.....	11
Introducción	11
Capítulo I. Diseño teórico	14
Antecedentes de la investigación	14
Base teórica.....	17
Enfoque de la Teoría Cognitiva Conductual	17
Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual	25
Teoría de los Rasgos de Personalidad.	27
Capítulo II. Métodos y materiales.....	42
Tipo de investigación.....	42
Población y muestra.....	42
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
Análisis de datos	42
Capítulo III. Resultados y propuesta.....	45
Resultados	45
Discusión	54
Propuesta.....	60
Fundamentación.....	61
Plan de intervención.....	63
Capítulo IV. Conclusiones (si no las realizo en las discusiones).....	69
Capítulo V. Recomendaciones.....	70
Bibliografía referenciada.....	71
Anexos.....	77

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 01: Nivel de dependencia emocional en mujeres que sufren violencia familiar	45
Tabla 02; Miedo a la ruptura en mujeres que sufren violencia familiar.....	46
Tabla 03: Miedo e Intolerancia a la soledad en mujeres que sufren violencia familiar	47
Tabla 04: Prioridad de la pareja en mujeres que sufren violencia familiar	49
Tabla 05: Miedo e Intolerancia a la soledad en mujeres que sufren violencia familiar	50
Tabla 06: Deseos de exclusividad en mujeres que sufren violencia familiar	51
Tabla 07: Subordinación y sumisión en mujeres que sufren violencia familiar	52
Tabla 08: Deseos de control y dominio en mujeres que sufren violencia familiar.....	53

Índice de Anexos

	Pág.
Anexo 01: Ficha de validación de expertos	81
Anexo 02: Ficha de validación de expertos	82
Anexo 03: Ficha de validación de expertos	84
Anexo 04: Ficha de validación de expertos	87
Anexo 05: Hoja de respuestas	89
Anexo 06: Sesión3: “Emociones, pensamientos y conducta”	92

RESUMEN

La presente investigación denominada “Programa Cognitivo Conductual en Mujeres que sufren Violencia Familiar con Dependencia Emocional Atendidas en un Centro De Salud De Lambayeque -2018” plantea como objetivo el disminuir los niveles de dependencia emocional mediante un programa cognitivo conductual en mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque. La investigación es de tipo descriptivo prospectivo, no experimental, con la propuesta: Las unidades de análisis fueron 110 mujeres que participaron, cuyas edades oscilan entre 18 y 55 años. Los resultados fueron que el 67.3% de las mujeres que sufren violencia familiar tienen niveles de dependencia emocional alto, el 21.8% de dichas mujeres tienen niveles de dependencia emocional moderado, en casi todos los ítems que contestaron sienten Miedo e Intolerancia a la soledad regularmente y muchas veces, también se muestra en casi todos los ítems contestaron que sienten prioridad de la pareja. Concluyendo que la mayoría de mujeres que sufren violencia familiar presentan niveles altos de dependencia emocional. Es así que entre las conclusiones se tienen que el programa cognitivo conductual fomenta en las mujeres que sufren violencia familiar el desarrollo de habilidades óptimas para disminuir los niveles de dependencia emocional con la pareja y así tener relaciones interpersonales saludables.

Palabras claves: Mujeres que sufren violencia familiar, Dependencia Emocional, Terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

The present investigation called "Cognitive Behavioral Program in Women who suffer Family Violence with Emotional Dependence Attended in a Lambayeque Health Center -2018" aims to reduce the levels of emotional dependence through a cognitive behavioral program in women who suffer family violence with emotional dependency treated in a health center in Lambayeque. The research is descriptive prospective, not experimental, with the proposal: The units of analysis were 110 women who participated, whose ages range between 18 and 55 years. The results were that 67.3% of women who suffer family violence have high levels of emotional dependence, 21.8% of these women have moderate levels of emotional dependence, in almost all the items they answered they feel Fear and Intolerance to loneliness regularly and many times, it is also shown in almost all the items they answered that they feel priority of the couple. Concluding that the majority of women who suffer family violence have high levels of emotional dependence. Thus, among the conclusions are that the cognitive behavioral program encourages in women who suffer family violence the development of optimal skills to reduce the levels of emotional dependence with the partner and thus have healthy interpersonal relationships.

Keywords: Women who suffer family violence, Emotional Dependency, Cognitive behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

La dependencia emocional es definida como: “la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectivo que una persona siente hacia otra, su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones de este tipo”. (Avendaño y Sánchez, 2002; Riso, 2003). En una relación, especialmente cuando estás enamorado, es normal sentir un fuerte deseo emocional por tu pareja. Sin embargo, este deseo tiende a disminuir a medida que la relación se regularice, formándose una relación madura en la que el amor y sus componentes se equilibran y promueven el crecimiento personal de los integrantes de la pareja. Por otro lado, si el deseo de fusión no cambia con el tiempo e incluso incrementa, la necesidad de permanecer con la pareja y recurrir a alguna acción - muchas veces en detrimento de uno de los miembros-, la adicción a las emociones o dependencia emocional se transforma en lo más importante y quizás el único motivo de la relación. En la diversidad de los campos de evaluación, se tiene el Inventario de dependencia emocional (IDE), los “individuos que tienen dependencia emocional son: Miedo a la ruptura, Miedo e Intolerancia a la soledad, Prioridad de la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Deseos de exclusividad, Subordinación y sumisión”, Deseos de control y dominio. “En el Perú, los hallazgos indicaron que: Existen efectos significativos sobre la dependencia emocional general y sus dimensiones antes y después de aplicar el programa cognitivo – conductual, es decir, el programa psicoterapéutico disminuye significativamente la dependencia emocional en víctimas de violencia” (Avendaño y Sánchez, 2002; Riso, 2003).

Siendo así la mayoría de las mujeres que sufren violencia familiar presentan niveles altos de dependencia emocional. Es así que entre las conclusiones se tienen que el programa cognitivo conductual fomenta en las mujeres que sufren violencia familiar el desarrollo de habilidades óptimas para disminuir los niveles de dependencia emocional con la pareja y así tener relaciones interpersonales saludables. En este contexto surge el siguiente planteamiento del problema ¿Cómo disminuir los niveles de Dependencia emocional mediante un Programa cognitivo conductual en mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque?

Objetivo general:

- Diseñar un Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de Dependencia Emocional en las Mujeres que sufren Violencia Familiar Atendidas en un Centro De Salud De Lambayeque -2018

Objetivos específicos:

- Desarrollar un diagnóstico situacional a fin de conocer el nivel de dependencia emocional por el que atraviesan las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- Precisar las causas de subordinación y sumisión de las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- Analizar el nivel de miedo a la ruptura de las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- Proponer un programa cognitivo conductual que las direccionado a corregir las actitudes en torno al miedo e intolerancia a la soledad de las mujeres del centro de salud Lambayeque.

La organización de este trabajo de investigación está estructurada en cinco capítulos. En el primero capítulo se presenta el Diseño teórico. En cuanto al segundo capítulo, se muestran los Métodos y Materiales utilizados en la investigación. Siendo así en el tercer capítulo se presenta el Análisis e Interpretación de Resultados encontrados en la investigación y esto se da mediante tablas y figuras, también en este capítulo contiene la Discusión de Resultados. En el cuarto capítulo se mencionan conclusiones, seguido de las recomendaciones, como anexos de esta investigación.

LA AUTORA

Capítulo I

Diseño Teórico

1.1. Referencias bibliográficas

INTERNACIONALES

Bravo, Aizpiri & Echeburúa (2008), investigaron sobre las diferencias del sexo en la dependencia afectiva y dimensiones de personalidad, realizaron

El estudio en 160 pacientes (105 hombres y 55 mujeres) atendidos en una clínica de la ciudad de Oviedo (España), cuyas edades oscilaban entre los 25 y 40 años. Para ello aplicaron la entrevista general y el inventario de personalidad de Eysenck. En este estudio se encontró los siguientes resultados; el 65% de las mujeres y el 30% de los hombres presentan dependencia afectiva hacia su pareja. En las dimensiones de personalidad se encontró que existe un mayor predominio de la persona introvertidas (63%) a sentir la necesidad de sentirse acompañado por su pareja.

García, o. (2005 – 2006), “Relaciones dolorosas que trascienden” en una población de 1,893 personas, las cuales 958 (50.6%) fueron mujeres y 935 (49.4%) fueron varones, obteniendo los siguientes resultados: 20.44%, de la población reconocen haber padecido violencia en sus relaciones de noviazgo; mujeres y hombres mencionan que por miedo y baja autoestima toleraban los malos tratos sintiendo amos miedo, tristeza e importancia.

Gonzales, M. (2008). En su tesis Doctoral sobre “Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la comunidad de Madrid”, tomo una

Muestra total de 5,355 adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 26 años, los varones (n=1.966) y las mujeres (n=3.389) quienes han mantenido o mantienen en el momento de la evaluación una relación de pareja, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: en general, las agresiones físicas leves se manifiestan en mayor medida que las agresiones físicas graves tanto en el patrón de agresores como en el de víctimas, aproximadamente el 35% de los jóvenes afirman haber agredido a sus parejas y el 33% señalan haberla sufrido alguna vez, así mismo las conductas agresivas físicas más frecuentes son el sujetar físicamente y el agarrar o empujar a la pareja.

Lemos & Londoño (2006), desarrollaron una investigación “Construcción y validación del cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana”.

La muestra estuvo conformada por 815 participantes del Área Metropolitana de Medellín -Colombia, 506 (62.1%) mujeres y 309 (37.9%)

hombres, con edades entre los 16 y los 55 años, donde se encontraron diferencias significativas con relación al sexo en las diferentes subescalas; las puntuaciones de las mujeres en expresión afectiva de la pareja y miedo a la soledad fueron mayores, mientras que los hombres reportaron puntuaciones superiores en Búsqueda de atención. Con relación a la edad se encontró que las subescalas: modificación de planes y expresión límite puntuaban más alto en adolescentes y adultos jóvenes.

NACIONALES

Aiquipa (2009). Construyo del Inventario de Dependencia Emocional (IDE),

Investigación de tipo Correlacional y psicométrico, su población estuvo constituida por 757 sujetos de la ciudad de Lima comprendidos entre hombres y mujeres de 18 a 55 años de edad. Teniendo como objetivo elaborar el IDE de tal manera que reúna las características psicométricas de confiabilidad, validez y normas que lo hagan un instrumento adecuado para medir el constructo dependencia emocional, concluyendo que el IDE es un instrumento psicométrico diseñado específicamente para medir la dependencia emocional. Este inventario fue validado en el 2012, en la ciudad de Lima.

Cubas, Espinoza, Galli y Terrones (2004). Elaboraron un programa llamado “intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva”, su población

estuvo constituida por 7 mujeres con edades de 29 a 49 años, utilizaron el ADCA – 1, Escala de Autoestima de Coopersmith y el MIPS, teniendo como objetivo principal evaluar la efectividad del programa, determinar cuáles son las ideas que se encuentran en la base de sus interpretaciones de los acontecimientos y cuáles son los estilos de personalidad que subyacen en este grupo, concluyendo que para romper con la dependencia afectiva se requiere de un cambio en la visión, expectativas y creencias irracionales que se tienen frente a la pareja. (p. 89)

Flores (1999), realizó una investigación de tipo correlacional con las variables Niveles de Dependencia y Rasgos de Personalidad en 29 mujeres maltratadas en la Casa Refugio de San Juan de Lurigancho, haciendo uso de la “Escala de Dependencia de Navran y Finney y del cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell, teniendo como resultado que los niveles de dependencia están muy correlacionados con rasgos que indican: poca expresividad emocional y poca participación social, así como miedo a tomar riesgos, desconfianza y deseo de hacer las cosas a su manera pero no de forma asertiva sino de agresiva y terca”. En cuanto a las correlaciones realizadas entre niveles de dependencia y ocupaciones se

encuentra que las mujeres trabajadoras presentan mayor nivel de dependencia junto a inestabilidad emocional y emociones reprimidas, a diferencia de las que no trabajan que registran mayor nivel de dependencia, pero ahora junto a retraimiento, timidez y pesimismo.

Olivitos (2019). Elabora un programa denominado “Programa cognitivo - conductual sobre dependencia emocional en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote, 2018”,

El diseño de la investigación utilizado fue el pre experimental de un solo grupo. La población es de 25 mujeres víctimas de violencia usuarias de un centro de atención público de Nuevo Chimbote; la muestra seleccionada fue de 20 participantes de sexo femenino. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el Inventario de Dependencia Emocional de Aiquipa. Los hallazgos indicaron que: Existen efectos significativos sobre la dependencia emocional general y sus dimensiones antes y después de aplicar el programa cognitivo – conductual, es decir, el programa psicoterapéutico disminuye significativamente la dependencia emocional en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote. Para este estudio se empleó la prueba paramétrica “t” de Student y la prueba no paramétrica “z” de Wilcoxon para grupos relacionados, con un $p = 0.000$ ($p < 0.05$), con el cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. (p. 78)

LOCALES

Vásquez (2013), realizó una investigación acerca “Dimensiones de Personalidad y su relación con Dependencia Emocional en pacientes de un centro hospitalario policial de Chiclayo”, la población estuvo constituida

Por 81 mujeres casadas y convivientes con miembros de las fuerzas policiales que solicitaron atención psicología durante el periodo de setiembre del 2012 y abril del 2013, para ello se aplicó el Inventario de Personalidad de Eysenck forma B y el Inventario de Dependencia Emocional en relaciones de pareja, donde se encontró que existe asociación entre las dimensiones “N” de personalidad y la Dependencia Emocional en relaciones de pareja, mediante el estadístico Chi-Cuadrado.

Celi y Vásquez (2015), realizaron una investigación “Dependencia Emocional en Estudiantes de una Universidad Estatal y Privada” Pimentel, La población estuvo conformada por dos grupos; el primero de ellos consta de 181 estudiantes de EAP Enfermería de una Universidad Estatal de la ciudad de Lambayeque matriculados en el semestre 2015 – I y el segundo grupo consta de 288 estudiantes de EAP

Enfermería de una Universidad Privada de la ciudad de Chiclayo matriculados en

el semestre 2015 – I. En cuanto a los resultados obtenidos en la presente investigación de tipo descriptiva comparativa, “se determinó que existe diferencia significativa ($p < 0.05$) en la Dependencia Emocional en relaciones de pareja en estudiantes de una Universidad Estatal y Privada, lo que significa que en la Universidad Privada existe un mayor nivel de dependencia emocional en sus estudiantes de Enfermería”, presentando mayor prevalencia en el nivel medio y alto, así como se contrasta en la investigación realizada por Guevara y Mego (2011) “Relación entre Dependencia Emocional y violencia en las relaciones de pareja en estudiantes universitarios de la Escuela de Derecho de la Universidad Señor de Sipán”; dónde se obtuvo como resultado en Dependencia Emocional que un 46% de los estudiantes de derecho se ubican en un nivel medio y un 18% el nivel alto.

1.2.- Bases teóricas

1.2.1.- Enfoque de la terapia cognitivo conductual

El enfoque cognitivo, sus aportaciones tienen sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio (en Beck, 1983); todas estas aportaciones se centran en que *“las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto, el control de los sentimientos más intensos se logra por medio del cambio de ideas”*. (González Escobar, pág. 11). Dentro de este enfoque, se han desarrollado variedad de teorías que establecen la cognición como un componente central de la intervención. en la teoría cognitiva:

a.- Teoría del Procesamiento de la Información: Señalan que al hombre “como un sistema que se encuentra dentro de un entorno cambiante y que a su vez demanda capacidades adaptativas sobre la información de sí mismo y del mundo, provocando una transformación cognitiva que afecta a sus emociones y conductas. En esta teoría se interrelacionan tres elementos fundamentales: Cognición-emoción-conducta” (Beck, 1967 y Teasdale, 1983; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995);

b.- Teorías Cognitivas Sociales: Estos se relacionan con la forma en que los eventos que ocurren en el entorno externo afectan nuestras esperanzas y expectativas de tener el control de las circunstancias externas. Una forma de entender los orígenes de la depresión, por tanto, es cómo percibe una persona tales vivencias externas y qué se produce en el inicio de estas expectativas negativas y sentimientos de impotencia que orientan a la desesperación. (Seligman, 1975;

Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Abramson, Melsky y Allay, 1989; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

c.- Teorías Cognitivas Conductuales:

El primer enfoque en esta teoría es el cognitivo, aquel que demuestran un acoplamiento con los enfoques conductuales al considerar el control otorgado a la modulación del comportamiento por “adaptación y readaptación” dentro de las condiciones ambientales relativas. Y las explicaciones para trastornos como la depresión se basan en el hecho de que factores ambientales y cognitivos están involucrados en el establecimiento de este trastorno. (Rehm, 1977 y Lewinsohn, 1985; en Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Un segundo enfoque en la psicología a señalar que se encuentra en ese planteamiento teórico es el enfoque conductual. Porque en este enfoque, el dominio del comportamiento se basa en la teoría del aprendizaje. Skinner fue el primero en contribuir al entendimiento conductual de los problemas como la depresión. (1953), quien postuló que éste es considerado como una “*reducción generalizada en la frecuencia de conductas*”

Razón, que “es de considerar, que el trabajo realizado bajo estos dos enfoques psicológicos han marcado el amplio contenido del Modelo Cognitivo Conductual (MCC), gracias a las teorías cognitivas y conductuales”; y sobre todo a las aportaciones emitidas por Beck (1967), Lazarus (1972), Kelly (1955), Berne (1961) y Ellis (1957) (en Beck, 1983); que en “conjunto abordan y respaldan el trabajo del MCC a partir de la premisa de la reestructuración o modificación de cogniciones (ideas/creencias irracionales) en función de un cambio previo o posterior de conductas”.

Tal es la perspectiva del modelo teórico con un uso satisfactorio en el tratamiento de los diversos trastornos de personalidad (Beck, 1983), ansiedad (Orgilés, Rosa, Inglés, Méndez, 2003) y depresión (Pérez y García, 2001); así “como de otras alteraciones como la esquizofrenia” (Muñoz y Ruiz, 2007) y agresividad (Pérez, Fernández y Rodríguez, 2005); por mencionar algunos. Por lo tanto, lo descrito, manifiesta

La pauta de que el MCC es uno de los modelos eficaces para la atención a diversos trastornos que presenta el individuo y que por lo tanto brinda un tratamiento efectivo en la erradicación del síntoma que se manifieste. En

esa perspectiva, consideramos que esta modalidad terapéutica permite una atención oportuna y efectiva, partiendo de la intervención de distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados. Reiteramos, que este modelo, lo definimos como efectiva en la práctica clínica de las alteraciones psicológicas; en especial de la depresión. (p. 76)

1.2.2- Principios generales de la terapia Cognitivo-Conductual

En el ejercicio clínico de la corriente psicológica se han planteado una variedad de teorías como modelos de tratamientos, de acuerdo al autor Yapko (2006) capaces

De facilitar la atención a los problemas psicológicos de la población, sin embargo, cada terapia posee sus propias bases teóricas y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado. Así pues, la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. Considera dos elementos primordiales de intervención; el primero, hace referencia a las cogniciones o pensamientos; y el segundo, a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que *“los efectos y la conducta que tiene un individuo están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”*. Esto quiere decir, siguiendo a Beck (1983), que el “MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno” (p. 87).

Dada la “atención terapéutica bajo este modelo a la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad” (Beck, 1983). En la medida en que una persona tiene creencias irracionales o tiene una conciencia inadecuada de su entorno, esto refuerza el pensamiento distorsionado y produce comportamientos que reflejan el predominio y la elaboración de la cognición irracional. Considere las posibilidades. Debido a esto, existen síntomas y trastornos

que agobian a los individuos en los dominios físico, mental y en las relaciones sociales.

1.2.3.- Características de la terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo con Beck (1983) las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica: Señala Beck (1983) “de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes”.

La segunda característica; De acuerdo a Beck (1983) indica “que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia”.

La tercera característica: Según Beck (1983) “La intervención bajo el MCC debe ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos”.

La última característica: Que enuncia Beck (1983), manifiesta

El tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico. Otra característica que guía al MCC, se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. (p. 76)

A partir de este procedimiento, se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Para poder eliminar según Gavino (2002) “erradicar los pensamientos, es necesario que el terapeuta emplee estrategias y técnicas oportunas; tal es el caso del uso de las preguntas como instrumento terapéutico”, pues de acuerdo con Beck (1983) éstas facilitan recolectar datos sobre el paciente, obtener una visión general de las situaciones problemáticas que presenta el paciente, recolectar y evaluar factores y eventos que le provocan ansiedad, y evaluar cómo se siente el paciente ante la situación o situación que constituye un reclamo terapéutico. Decidir lo importante. Combinando estas aplicaciones dados en la pregunta, generamos una forma de solucionar el problema que muestra el paciente mediante la reformulación de las desviaciones cognitivas del paciente.

De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta “deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: Aceptación, empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención” (p. 54).

a.- La primera característica nombrada “aceptación”: De acuerdo con Beck (1983) Señala: “la preocupación sincera y al interés que el terapeuta muestra hacia el paciente, esto permite contribuir a corregir determinadas distorsiones cognitivas que se formen en función de la relación terapéutica que se tenga, es empleada por el terapeuta mediante la expresión de sus gestos, tono de voz y el modo de construir las frases que le proporciona al paciente”.

b.- La segunda característica se refiere como el terapeuta entra a la visión de éste y a la vez experimenta la cotidianidad del paciente. Así pues, Beck (1983) afirma:

Que esta característica se conforma de un componente intelectual, en el que es necesario saber y conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente, sin rechazarlos por la carencia de lógica en los pensamientos que los desencadenan, es decir, que el terapeuta deberá de rescatar toda aquella base cognitiva que muestre el paciente a la hora de la terapia sin juzgar e incomodarle, con la finalidad de que él mismo pueda reestructurar aquellas cogniciones distorsionadas que presenta. (p. 56).

c.- La característica de la autenticidad: Permite según Beck (1983) “vislumbrar a un terapeuta capaz de ser honesto consigo mismo y con el paciente, éste deberá conjugar la honestidad con la diplomacia, es decir, deberá poseer la capacidad de comunicar su sinceridad con asertividad, permitiendo así la penetración de confianza y honestidad en los comentarios que emita hacia aquellas distorsiones

que presente el paciente, a fin de transmitir una imagen realista y facilitando la corrección de ideas poco razonables y conductas”

1.2.4.- Estructura de las Sesiones Terapéuticas

El MCC como proceso terapéutico, retoma una serie de pasos que el terapeuta deberá tomar en consideración a la hora de implementar este modelo terapéutico en la intervención. Al respecto, Gavino (2002), sugiere:

Que, para emplearlo, es necesario que el terapeuta, primero identifique el motivo de la consulta mediante las quejas y demandas que manifieste el paciente (que se convertirán en los objetivos terapéuticos). El terapeuta comenzará tal proceso con la recogida de datos que giren en torno a la problemática, esto se logrará mediante la aplicación de instrumentos de evaluación (entrevista, autoinformes, registros y pruebas psicométricas). La información recolectada estará formulada por aquellas condiciones que describan al paciente, su entorno, tiempos y situaciones que expliquen la problemática presentada. Una vez obtenida, el terapeuta procede a realizar un análisis topográfico, en el cual se muestran cuáles son las quejas que deberán desaparecer y las demandas que el paciente desea alcanzar. De la misma manera, se procederá a ejercer un análisis funcional, en el cual el terapeuta tiene la posibilidad de identificar las variables que tendrá que intervenir para que las quejas desaparezcan y las demandas se cumplan. Una vez identificadas éstas, se configuran los objetivos que deberán trabajarse a lo largo del proceso terapéutico. Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas.

Durante la ejecución del tratamiento, el especialista debe recopilar los resultados de la intervención para observar si se logran los objetivos durante el curso del tratamiento, si hay signos de progreso del tratamiento.

Después de completar la intervención, sesiones de seguimiento a posteriori que se emplean con contacto esporádico entre el terapeuta y el paciente a través de un período de tiempo para ver si los resultados del tratamiento se mantuvieron, mejoraron o recurrieron. Durante este período de seguimiento, se analizará si los pacientes utilizan de forma rutinaria las estrategias y técnicas aprendidas a través del tratamiento para monitorear como aplicar evaluación si los resultados del tratamiento se regularizan como también mejoran. En este caso, se confirma que se completó con éxito y se lograron los objetivos de tratamiento planificados.

Por ejemplo, en recurrencia del paciente, se inicia de nuevo el tratamiento para confirmar los objetivos del tratamiento a través de las técnicas utilizadas como hacer nuevos requerimientos en los tratamientos. De esta forma, podemos entenderla estructura de las sesiones de tratamiento propuestas bajo este modelo.; sin embargo, también Beck (1983) plantea una

Estructura formal de la intervención bajo los lineamientos de la terapia cognitiva, la cual consiste en una serie de pasos que parten desde la obtención de los datos del paciente y de la situación problemática, hasta la preparación del paciente hacia la terapia cognitiva; partiendo de la necesidad de que el paciente deba conocer acerca de la naturaleza y el fundamento teórico del modelo de intervención. (p. 56)

1.2.5.- Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual

Para que se logre el objetivo terapéutico, es recomendable que “el terapeuta utilice una serie de estrategias en las cuales emplea un conjunto de técnicas, que vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionan un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, etc” (Mckain, 1993; en Valadez, 2002).

“Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, son coadyuvantes en el tratamiento de diversos problemas clínicos” (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), a través de aquello que se da mediante las estrategias oportunas y adecuadas. De acuerdo con Méndez, Olivares y Moreno (1998, en Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), estas técnicas se complementan en la “aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de la personalidad que sean irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio”. Esto permite reafirmar la premisa que Beck (1983) señala:

Aporta, respecto a que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste perciba su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos. De esta manera, las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, constan de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compenetrán para que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas existentes y con ello la modificación de las conductas desencadenadas.

1.2.5.1.- Técnicas Cognitivas

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

Tomando en cuenta la efectividad de las técnicas cognitivas, Knell (1997, en O’Connor y Schaefer, 1997) en su “manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños”, retoma tres técnicas predominantes que son:

a.-La primera es nombrada “*estrategias de cambio cognoscitivo*: La cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos; este ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias. b.- Las estrategias de *las autoafirmaciones de enfrentamiento* consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. c.- La *biblioterapia* facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas” que faciliten la solución de sus problemas.

1.2.5.2.- Técnicas Conductuales

Las mencionadas técnicas recomiendan que la atención terapéutica se centra en el comportamiento de manera que se observa lo del paciente y que toda la actividad se dirige desde la atención conductual al logro de los objetivos terapéuticos. El propósito de estas técnicas es cambiar las actitudes negativas de un paciente y fomentar un mejor desempeño, lo que facilita probar la certeza de los pensamientos negativos. Y cuando estos son refutados, el sujeto se presenta motivado a ejecutar trabajos o tareas que considera más difíciles, y comienza a exponerse a sus propios muros. (Beck, 1983)

Las técnicas conductuales que Beck (1983) propone “en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la *programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva, role playing y tareas para casa*”.

-El primer evento Beck (1983) afirma la “necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona”

-Las técnicas de dominio y agrado Beck (1983) permiten “que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional”.

- En esa línea sigue la técnica de la *asignación de tareas graduales*, Beck (1983) es necesario:

Que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que radica desde la definición del problema, planteando con esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; aunado a esto, se promueve la estimulación hacia la persona, para que evalúe de forma realista todo aquel componente que le impida realizar las actividades; y con esto es conveniente que el terapeuta enfatice en las capacidades y esfuerzos para llevar a cabo exitosamente cada actividad planeada; y por último, se procede a reasignar nuevas tareas más complejas. (p. 89)

-La cuarta técnica “*práctica cognitiva*” según Beck (1983) señala “manera de inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que la persona divague sobre alguna actividad, en ésta se identificarán los posibles obstáculos que pudieran interferirle, a lo cual es recomendable que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones ante los problemas prevalecientes”.

- Mientras que el *role playing*, de acuerdo al autor Beck (1983) señala “manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido” (p. 76).

-Y la última técnica empleada por Beck (1983), para el tratamiento de trastornos como la depresión, afirma: “la importancia de asignar tareas conductuales para casa,

éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones” (p. 34).

Se evidencia que estas técnicas propuestas por el autor Beck, se puede manifestar como la persona, en el comienzo de la “reestructuración cognitiva y conductual”, puede cambiar la interpretación del mundo y la presencia de trastornos mentales que te afectan todos los días.

1.2.6 Teoría Del Apego

El apego permite una ayuda estable incondicional. De acuerdo esta teoría, los bebés en el momento del nacimiento vienen con una multitud de actitudes predestinados, lo que origina una alerta en los padres. “Estas son solo estrategias de bebés para relacionarse con los padres. Con este repertorio, los infantes intentan regularizar intimidad. La teoría del apego tiene una evidencia universal de que la sensibilidad al contacto con el bebé, el cuidado del bebé y su derecho está presente en todas las teorías de crianza después de la ansiedad cultural” (Bowlby,1969, 1973, 1980).

Podríamos confirmar que el apego es elemental para el desarrollo infantil y por tanto su calidad direcciona determinados factores como rasgos de conducta que caracterizan los trastornos de conducta. La teoría del apego, a través del "modelo interno de operación" (IOM), explica cómo las relaciones tempranas entre padres e hijos se basan en cómo los adolescentes se unen a los demás porque las estrategias de adaptación de los adolescentes se basan en números relacionales precoces. afecta las posibles expectativas.

La calidad del apego reafirme como el niño es tratado. De acuerdo a los autores Reiss y Col (1995) empleando un “protocolo las variables genéticas de la conducta han demostrado que el nivel de actitud negativo de los padres frente al hijo predice los comportamientos antisociales, el apego seguro da lugar a relaciones interpersonales basadas en la confianza, en apego juega un rol muy importante en lo que se refiere a la regulación emocional, esta regulación, dependiendo del apego, puede ser flexible o rígida”. John Bowlby (1969) describe:

Un tipo de apego infantil, viviendo el niño una gran ansiedad ante la separación de la figura materna, el vínculo que forma con la madre no es

seguro, por lo que están en un constante estado de alerta ante la temida separación, esta modalidad del vínculo puede persistir en la vida adulta con manifestaciones de temor a perder el objeto o la persona vinculada, búsqueda de proximidad y protesta dolor ante la separación. (p. 56)

1.2.7.- Importancia del Apego

Shaver y Hazan (1987), consideran que “el proceso amoroso puede ser entendido desde los patrones de apego que se forma en la infancia y se mantiene a lo largo del ciclo vital”. La historia y estilo de apego se relaciona con la experiencia amorosa que tienen las personas adultas en este sentido: experiencia amorosa más positiva en el caso de las personas que tienen una historia de apego más positiva y estilo de apego más seguro. Feeney y Noller (2001) consideran el apego cómo un patrón que se relaciona de manera relativa y de manera segura que constituyen en uno de estos 3 tipos esenciales:

a.-Apego Seguro, se asocia con relaciones confiadas y positivas. Con más autonomía previa, mejor selección de pareja, ideas más realistas y favorables sobre el amor, más fácil intimidad y compromiso, más satisfacción en el vínculo, mejor ruptura. **b.-Apego Ansioso**, se asocia con relaciones dependientes y continua necesidad de confirmación de que se es amado, dificultad para la autonomía, búsqueda y selección precipitada, miedo a no ser amado, miedo a la pérdida y celos frecuentes, ideas contradictorias sobre el amor, dificultad para romper. **c.- Apego Evitativo**, se asocia con relaciones desconfiadas y distantes

1.2.8.- Teoría de los Rasgos de Personalidad

De acuerdo “con la definición fuente del término personalidad, este se deriva del latín persona, que describe aquella mascara que utilizan los actores en una obra” (Schults y Schultz, 2002). En este sentido, si comprendemos sus orígenes, podemos concluir que la personalidad se refiere a rasgos que se refieren a características externas y observables, y rasgos que pueden ser vistos por otros, pero ver esta estructura El hacer sin duda pretende ser más que apariencias. El término personalidad engloba así una variedad conglomerada de rasgos sociales y emocionales subjetivos que no pueden ser observados directamente. Otra alternativa es referirse a rasgos permanentes, ya que significan relativamente estables y predecibles.

Los diferentes teóricos “utilizan los conceptos y terminologías específicos de sus escuelas para proponer sus definiciones de personalidad y por ello se han propuesto numerosas definiciones del constructo; no obstante, al parecer existe cierto consenso en que podría considerarse como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas características que distingue a las personas, que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, y que caracteriza la adaptación de cada individuo ante las situaciones, y que caracteriza la adaptación de cada individuo ante las situaciones que se le presentan en la vida” (Caballo, 2004).

Uno de los “enfoques orientados a cumplir el objetivo de definir la personalidad es la teoría de los rasgos, los rasgos son muy utilizados en las descripciones cotidianas de la personalidad, por lo que muchos Psicólogos los consideran útiles” (Cloninger, 2003). La aproximación de los rasgos “para abordar el estudio formal de la personalidad empieza con la convicción, por sentido común, de que esta puede ser descrita en términos de rasgos; además, se considera que hay grandes y uniformes diferencias entre los individuos con respecto a sus respuestas ante la misma situación o estímulo Psicológico” (Mischel, 1998).

De manera, Guilford (1964) manifiesta que el “termino rasgos refiere en forma precisa las diferencias constantes entre el comportamiento o las características de dos o más personas. Así un rasgo es cualquier forma discernible y relativamente constante en que un individuo se distingue de otro”. Para Allport (1986), los rasgos son:

Las realidades últimas de la organización Psicológica. Es decir, se trata de las estructuras mentales que explican la uniformidad de la conducta. De acuerdo con este investigador, los rasgos son predisposiciones para responder de cierta manera y sirven para integrar lo que de cualquier otra forma serian estímulos y respuestas de símbolos. Los rasgos son más o menos generales y perdurables; sin embargo, se ven desde los muy generalizados rasgos cardinales hasta los rasgos secundarios o actitudes más específicas, pasando por los rasgos centrales. La estructura de la personalidad de un individuo es su patrón de disposiciones o rasgos. (p. 76)

Por su parte, Cattell (1972) manifiesta que los rasgos son las unidades de personalidad que definen lo que hará una persona cuando se enfrenta a una situación determinada. De acuerdo con este autor, los rasgos son conceptos abstractos, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos, pero que necesariamente corresponden a una realidad física en particular; asimismo

distinguió entre rasgos superficiales y rasgos fuente. Os superficiales se identifican mediante correlaciones estadísticas y los rasgos fuente por medio de análisis, Cattell (1972) se esforzó por calcular las dimensiones básicas superficiales de la conducta. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA 2002) considera que los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de percibir, sentir, pensar acerca de uno mismo, del entorno y relacionarse con los demás, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Aunque difieren de manera más amplia de lo que en general se reconoce, las teorías de los rasgos coinciden en dos suposiciones básicas:

- 1.- los enfoques que los rasgos ponen énfasis en las diferencias individuales de las características que son más o menos estables a través del tiempo y de las situaciones.
- 2.- los enfoques de los rasgos ponen énfasis en su medición por medio de test, cuestionarios o inventarios de auto reporte (Cloninger 2003).

Fue Mischel (1968), citado en Mischel (1988), quien encabezó el “ataque contra el paradigma de los rasgos, al afirmar que la conducta es demasiado inconsistente a través del tiempo y de las situaciones como para garantizar la suposición de rasgos estables. Por lo tanto, se deducía que las situaciones son más poderosas que la personalidad como determinantes del comportamiento”. Sin embargo, de acuerdo con Schultz y Schultz (2002) “los participantes de ese debate en ocasiones ignoraron el hecho de que los últimos teóricos de los rasgos, particular Gordon Allport y Raymond Cattell, jamás refirieron que existiera una consistencia transituacional en el comportamiento humano”. Lo que se infiere, ambos observaron el impacto de eventos específicos y las influencias ambientales y sociales en el comportamiento.

1.2.9.- Origen de la necesidad de Vinculación Afectiva: Base para las Relaciones Interpersonales

“Un componente básico de la naturaleza humana es la necesidad de establecer lazos o vínculos emocionales estrechos con otras personas, lo cual refleja el deseo de estar emocionalmente relacionado e involucrado de manera interpersonal en relaciones cálidas” (Reeve, 2003). Incluso, “en los primeros años de vida, el ser humano tiende

a establecer estos lazos o vínculos emocionales íntimos con adultos significativos” (Heredia, 2005). La tendencia a “satisfacer el primer vínculo de este orden se denomina apego o vínculo a apego y su propósito es promover el sentimiento de seguridad emocional en los niños, que se manifiesta a través de conductas de protección-cuidado y/o afecto-cariño. Tales comportamientos de búsqueda de esa proximidad son llamados conductas de apego” (Bowlby, 1989, 1999).

A medida que los humanos se desarrollan en el aspecto físico como en lo psicológico, recurrimos a alternativas como de medios para comunicar este requerimiento de apego. En ese sentido, las relaciones formadas con los demás personajes no incluyen los afectos protectores que los niños desarrollan hacia los adultos. No obstante, esto sucede cuando el sujeto se forma con normalidad y se satisfacen necesidades de este tipo. Caso contrario, en la edad adulta, este rasgo puede adquirirse en fases muy altas y transformarse disfuncional, manifestando así el comportamiento de búsqueda y ofrecimiento protector y/o cariñoso. Esto significa que se desarrollan relaciones interpersonales y dependencias.

1.2.10.- Relaciones de Pareja y Amor Romántico

Como se mencionó en la sección anterior, las necesidades de apego adquieren nuevas formas a medida que se desarrollan los individuos. Cuando una persona toma conciencia de esta necesidad y adquiere la capacidad de corresponder de manera afectiva, ya se puede decir que la emoción/motivación única y característica del ser humano, que es el amor, se toma un aspecto de él, el amor romántico. en consideración, aunque no está completamente cubierto ya que no es el tema. Este término fue establecido por Fisher (2004), quien lo definió “como aquella forma de amor que se da entre los miembros de una pareja (grupo conformado por dos individuos tomando como referencia el contexto sociocultural occidental), puesto que describe aquella necesidad normal de vinculación afectiva, tan importante para formar una relación” (p. 32).

Rubin (1973), citado en Worchek (2002) fue el primer Psicólogo social que ensayo la definición y medición del concepto de amor en la relación de pareja. Este autor considera al amor como la unión de tres componentes importantes:

- 1.- **El interés:** Es decir, el sentimiento de que las gratificaciones del otro son tan importantes como las propias.
- 2.- **El apego:** Que se refiere a la necesidad o deseo de estar con el otro, de tener contacto físico, de ser

aprobado y querido. **3.- La intimidad:** Que es el nexo o lazo entre dos personas, manifestando por una comunicación estrecha y confidencial.

Para Sternberg (1995), en el “contexto de la relación de la pareja, el amor es una de las emociones humanas más intensas y deseables. Este autor plantea la teoría del triángulo del amor, la cual deja por supuesto que el amor está formado por tres componentes: intimidad, pasión y compromiso, los cuales son independientes entre sí y cambian en relación a diferentes momentos históricos, lugares geográficos y culturas”. Hazan Y Shaver (1994), citado por Worchek (2002), coinciden en gran medida con los autores anteriores, afirman:

Que el vínculo amoroso característico de una pareja también es una función de tres sistemas. El primero es el sistema sexual y sus sentimientos de excitación y gratificación física; el segundo es el sistema de interés, que es el deseo de proteger al otro, consolarlo y recibir lo mismo o cambio; mientras que el tercero es el sistema de apego, comprendido como el deseo de cercanía emocional con el otro. En una buena relación, cada miembro de la pareja está seguro de la reacción, ternura y confianza del otro. Esta confianza abre la comunicación y favorece las confidencias, así como una mayor intimidad.

De acuerdo a los autores Díaz y Sánchez (2002) y Fisher (2004) hallaron que el “amor romántico incluye una serie de pensamientos y emociones con respecto a la pareja; así como una necesidad de empatía, cercanía y solidaridad con el ser amado; una buena correspondencia entre ambos y por supuesto, el aspecto sexual que ocupa un importante lugar”. Castello (2005) señala que el amor:

Propicia la voluntad de tener una relación próxima con el otro, y de esta manera se constituye una relación de pareja en la que se percibe un equilibrio afectivo. Este autor también propone una serie de características que existen en las relaciones de parejas funcionales: necesidad del otro, aunque no es absolutamente imprescindible para su desenvolvimiento personal; intimidad, lo cual implica que solo hay una sola persona con quien establecer una relación; valoración adecuada de la pareja es decir, ambos están conscientes de sus debilidades y fortalezas; existe cierto grado de sumisión al otro, lo que permite la negociación de acuerdos; reciprocidad afectiva; y por último, aunque hay cierto rechazo a la ruptura por las emociones desagradables que implica, no se experimenta temor paralizante. (p. 43)

En este sentido, Prado (2004) abarca “la relación de pareja como un tipo de relación interpersonal que consiste en el intercambio afectivo de tipo romántico que se da en un grupo humano formado por la unión de dos personas (tomando como referencia contextual la cultura occidental), los cuales, a su vez, comparten intereses, preferencias y objetos comunes”.

En concordancia con lo anterior, una de las fases en las que se evidencia con mayor profundidad como claridad en la necesidad de apego de carácter afectivo (en contraposición a la protección y el cuidado) es en las relaciones de pareja, o si es normal, o si existe un mutuo y conforme intercambio de relaciones. Esa necesidad. También, también existen investigaciones que sobresalen entre etapas de las relaciones conyugales y etapas del amor.

Así los autores Walster (1978), citado en Worchek (2002), distinguieron “entre el amor apasionado y el de compañerismo. De acuerdo con estos autores, el amor apasionado por lo general se desarrolla al inicio de la relación y se caracteriza por componentes cognitivos, emocionales y conductuales asociados con el deseo intenso de unión. Los componentes cognitivos implican la preocupación por la persona amada, idealización del otro y deseo de ser conocido por este” (p. 87).

Los componentes emocionales según Walster (1978), citado en Worchek (2002) se refieren “a la atracción (en especial sexual), sentimientos positivos cuando las cosas van bien, sentimientos negativos cuando las cosas van mal, anhelo de reciprocidad, deseo de unión completa y permanente y de excitación fisiológica. Mientras que los componentes conductuales abarcan los intentos por determinar los sentimientos del otro, estudio del otro, ayudar al otro y el afán por establecer o mantener la cercanía física”. Este amor apasionado es señalado en varios nombres, como ejemplo “enamoramiento”, “enfermo de amor”, “loco de amor” o “amor obsesivo”. Por supuesto, “tales sentimientos no siempre son duraderos. Algunas veces un poco de información nueva o un rechazo hacen que todas esas imperfecciones, convenientemente reprimidas por la idealización de esta etapa, se hagan evidentes. En contraste, el amor de compañerismo, de pareja conyugal es menos intenso y más estable. Está basado en mayor medida en los intereses comunes, la amistad establecida a lo largo del tiempo y la interdependencia” (de Catanzaro, 2001). Según Carlson y Hatfield (1991), citado en De Catanzaro (2001) “las relaciones íntimas exitosas tienen dimensiones cognitivas incluyen la autorrevelación de los demás, en especial de las facetas más íntimas de la persona que incluyen idiosincrasias, fortalezas, debilidades, esperanzas y temores”.

Las características emocionales de acuerdo a los autores Carlson y Hatfield (1991), citado en De Catanzaro (2001) implican

Una preocupación profunda por el compañero, lo que trae consigo el poder de herirse el uno al otro y provocar celos, en especial debido al extenso conocimiento acerca de las debilidades de la pareja. Relaciones exitosas

también se caracterizan por una confianza profunda, pero con frecuencia existe el riesgo de traición, lo cual puede tener consecuencias irreparables. Las características conductuales se refieren al confort con la proximidad física, lo cual involucra a la sexualidad. (p. 67)

Por su parte (Ccama, 1998) hizo una serie de:

Distinciones entre el enamoramiento y el amor maduro. Establece por ejemplo que el enamoramiento implica dependencia y pérdida de lo individual; alteración de la realidad hay una ilusión superficial y pasajera; se niegan o minimizan los defectos y se realzan las fortalezas; exaltación de las reacciones emocionales, así como pensamientos obsesivos respecto a la otra persona, deseos desmesurados de posesión y explosividad, la alegría se obtiene solo con la pareja, existe un gran ímpetu, pero también hay inseguridad y desconfianza. En resumen, en este periodo transitorio de enamoramiento, en muchas ocasiones se sufren variaciones en las facultades Psicológicas cognoscitivas, afectivas y conductuales. (p. 65)

En otra perspectiva, el amor maduro abarca autonomía, independencia y mantenimiento del contexto de la persona. Es continuo y permanente. La realidad integra la misma relación. Es decir, la realidad no está excluida. Reconocer y aceptar las debilidades de los demás y reconocer las fortalezas de los demás. El establecimiento de lo emocional, la razón y el pensamiento racional existen y tienen por qué ser firmes. La alegría es la fuente eterna de la pareja, la familia, uno mismo, el trabajo y las relaciones interpersonales. Se sustenta en la voluntad, la constancia y la perseverancia. A esto se suma la seguridad y la confianza mutua.

Por ello, “la etapa de enamoramiento es un estado breve y pasajero que da paso al amor sereno, maduro, realista y razonable y también más profundo” (Ccama, 1998). “Con todo lo que se ha estudiado hasta el momento y a pesar de que las alteraciones Psicológicas que la etapa de enamoramiento produce en los miembros de la pareja, este desempeña un papel decisivo: forja un vínculo poderoso que incita a una pareja a comprometerse en una relación” (Beck, 1990).

1.2.11.- Dependencias Interpersonales o Relacionales

Las dependencias relacionales o interpersonales constituyen un grupo de trastornos difíciles de asimilar a las categorizaciones convencionales del “Manual de clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM); sin embargo, es indudable que poseen una naturaleza propia. Por ello son poco conocida, pero además existe cierta confusión conceptual. Los autores estadounidenses denominan genéricamente a estos trastornos como codependencias o co-adicciones en unos casos, e

interdependencias en otros. Los autores europeos discriminan más, por lo que reservan la aceptación “codependencia para un tipo concreto de dependencia relacional y la denominación dependencias afectivas para el resto” (Sirvent, 2006). Hirschfeld et al. (1977) plantearon a la “dependencia interpersonal o relacional como un conjunto de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas de torno a la necesidad de asociación e interacción con otro significativo”. Por su parte, Moral. (2006) define de manera técnica las “dependencias interpersonales como trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación, que se basan en una asimetría de rol y en una actitud dependiente en relación al sujeto del quien se depende”. De acuerdo con Sirvent (2006), es necesario hacer una distinción entre las dependencias calificadas como relacionales genuinas, es decir, con identidad propia, que comprenden la dependencia emocional o afectiva, y las mediatizadas, las cuales se consideran secundarias a trastornos adictivos (principalmente a sustancias psicoactivas), tales como la codependencia y la bi-dependencia. A su vez, dentro de las dependencias interpersonales o relacionales genuinas es preciso diferenciar entre la dependencia instrumental y la emocional (Heathers, 1955, citado en Castello, 2005). Si bien es cierto que la similitud entre estas dependencias radica en que ambas son los tipos básicos de dependencia relacional o interpersonal genuinas (Castello, 2005), la finalidad de estas dos clases de necesidad de vinculación es muy diferentes.

1.2.12.- Teoría de la Vinculación Afectiva

Este modelo teórico fue planteado por Castello (2005) “para explicar la naturaleza de la dependencia emocional. Además, sus posiciones son congruentes con la descripción y enfoque general de los rasgos de personalidad, lo cual proporciona un sustento más sólido al modelo”. Asimismo, Castello (2005) define:

La vinculación afectiva como la unión de un sujeto con otras personas, así como la necesidad de crear y mantener lazos permanentes con ellas. Además, esta vinculación afectiva con los demás puede darse en diferentes grados, dado que conforma un hipotético continuo. El resultado es que habrá personas vinculadas levemente con los demás, otras bastante vinculadas y otras demasiado. También manifiesta que esta unión afectiva tiene dos aspectos. (p. 65).

- El primer componente es el de la aportación emocional, que “se efectúa al otro, y se corresponde con la empatía, con el amor incondicional hacia la otra persona, con

la actitud positiva de compartir con ella preocupaciones y satisfacciones, con la entrega hacia ella, con los elogios, etc.” (Castello, 2005).

- “El segundo componente es el afecto que se recibe de la otra persona y que está conformado por actitudes positivas por parte de ella y dirigidas hacia uno” (Castello, 2005).

Según el citado autor, se trata de un aporte extremo de autoestima. También, se dice que los dos ingredientes son igualmente importantes en un entorno saludable. Pero con un apego emocional extremo, este equilibrio no se produce. Una relación muy estricta, un componente suele ser más importante que el otro. Además, indica que, en el caso de la dependencia emocional, el segundo componente es el componente dominante: recibir afecto del otro. Según Castello (2005): “No se quiere afirmar que la única función de la pareja, que es objeto de dependencia, sea compensar las carencias afectivas por el dependiente. Lógicamente, este también tiene actitudes genuinas de amor a su pareja, de preocupación y empatía hacia ella, pero la necesidad y aferramiento a su objeto de dependencia es el componente de mayor importancia en su vinculación extrema a él”.

Este autor concluye Castello (2005) diciendo que:

De forma general “las personas que se pueden catalogar como normales, con relaciones interpersonales sanas, se ubican dentro del área de la vinculación, pero en un grado medio. El sujeto estaría adecuadamente vinculado a los demás, deseando su presencia, preocupándose por ellos y sabiéndose querido, pero sin perder su individualidad y disfrutando también de situaciones de soledad o intimidad. La diferencia entre las relaciones de pareja normales y las que lleva a cabo un dependiente emocional son cuantitativas y que precisamente por eso se podrían ubicar en un hipotético continuo, manifestándose ello en grados de vinculación afectiva que darían cuenta de hasta qué punto está vinculado o no una persona”

1.2.13.- Concepto de Dependencia Emocional

Las bases teóricas se basan en un esquema sobre una evaluación que toman como modelo al planteamiento de Castello (2005) que señala “la dependencia emocional es definida como: la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectivo que una persona siente hacia otra, su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones de este tipo”. No obstante, su “carácter crónico no se basa en la sucesión de dichas relaciones sino en la personalidad de estos sujetos; Es decir, el conjunto de características que un dependiente despliegue ante su pareja permanece con el incluso cuando no la tiene,

aunque no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente” (Castello, 2000, 2005).

Por lo general, “la dependencia emocional se da desde inicio de la adolescencia; no obstante, este problema tiende más a considerarse como característica disfuncional más o menos estable en la constitución del sujeto” (Castello, 2005; Sirvent y Moral, 2007).

En esa perspectiva, otros autores señalan las “dependencias relacionales y en particular la dependencia emocional, como posibles trastornos de la personalidad debido a sus rasgos afines y estables, por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre estas y algunos desordenes de personalidad como la personalidad limítrofe, el trastorno de personalidad por dependencia y la personalidad antisocial, entre otros” (Lazo, 1998; Avendaño y Sánchez, 2002; Castello, 2005).

Aunque esta última sugerencia tiene cierta coherencia y comprobable de manera práctica, a los efectos de la siguiente investigación, la dependencia emocional no se indica un trastorno de personalidad per se Aspectos disfuncionales de los rasgos de personalidad que son la necesidad del individuo de un apego emocional más o menos estable que puede o puede no tener relación con trastornos psiquiátricos y/o de personalidad se entiende como Lo que esto significa es que hay más evidencia de que este problema se enmarca como un trastorno de la personalidad, tal y como indican algunos citados autores, y así será visto como tal en un futuro próximo.

1.2.13.1.-Características de la Dependencia Emocional

Según el modelo teórico del autor Castello (2005) se presentan “se presentan las áreas y características que este autor propone para las personas que sufren dependencia emocional. Como manifiesta dicho autor, las características que se mencionan, refieren al área de las relaciones de pareja y son las más significativas y evidentes en los dependientes emocionales, así como el contexto más frecuente en el que estas personas se desenvuelven”. También, se tomarán con mayor énfasis en la elaboración del inventario Dependencia emocional (IDE).

Cabe destacar que autores como Lazo (1998) y Riso (2003) en alguna medida coinciden con ciertas características que plantea Castello (2005). Solo cuando este sea el caso se harán las citas correspondientes, y cuando no sea así, se entenderá que se trata de las propuestas que define Castello (2005) según modelo.

a) **Área de las relaciones de pareja.**

Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia el: Es una manifestación de la extrema necesidad psicológica que tiene un adicto de una pareja. Entre otras cosas, esto conduce a un deseo constante de hablar con él, Por ejemplo, con insistentes llamadas, mensajes de texto constantes, se aparece de formas inapropiadas en ambientes de trabajo, la universidad, el gimnasio y otros comportamientos.

Deseos de exclusividad en relación: “El individuo se despliega de manera progresiva de su grupo social en mayor o menor medida, dependiendo de la gravedad para dedicarse por entero a su pareja y anhela que este haga lo propio” (Lazo, 1998; Castello, 2005).

Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa: “considera a su pareja como el centro de su existencia, el sentido de su vida, el objeto predilecto de su atención. No habrá nada más importante, incluyéndose a sí mismo, los hijos (si los hubiera), familiares o amigos” (Lazo, 1998; Castello, 2005).

Idealización de la pareja: “el dependiente emocional tiende a idealizar a su pareja, a pesar de que con el paso del tiempo este consciente de sus defectos. Sobrevalora sus cualidades, desde físicas hasta intelectuales; minimiza o anula sus defectos y le considera un ser especial, como alguien que está en un plano superior al resto y as mismo” (Lazo, 1998; Riso, 2003; Castello, 2005).

Relaciones basadas en sumisión y subordinación: Las relaciones de pareja en personas emocionalmente dependientes son asimétricas y desequilibradas. En esa relación uno es el que establece el dominio a la pareja, y el otro (el otro adicto) no solo admira todo lo que realiza su compañero, sino que también se falta el respeto a sí mismo, llamándose desprecio o enfado, incluso considerado sujeto de psicológicamente también.

Historia de relaciones de pareja desequilibrada: Las personas emocionalmente dependientes suelen tener un historial de relaciones desequilibradas. Sin embargo, se da lugar en dos momentos: Primero, en lugar de muchas reiteraciones sobre las parejas disfuncionales en su vida, solo había una pareja muy importante; es prolongada porque el tipo de personas tiene miedo de romper. Incluso si intentas romper Una segunda alternativa es que tuviera algunas relaciones funcionales equilibradas también de las relaciones desequilibradas a lo largo de su vida en las

que tuvo roles subordinados, pero fueron pasajeras, es decir que fue solo una relación temporal o de relajación. Para paliar el miedo a la soledad.

Miedo a la ruptura: el sujeto “experimenta pánico ante la sola idea de que la relación se disuelva con una gran posibilidad de padecer trastornos mentales en caso de que ocurra. Este sufrimiento se puede producir incluso con una persona que le ha hecho la vida imposible o que incluso ha maltratado al dependiente emocional. En estos casos el paciente se parece a un toxicómano en pleno síndrome de abstinencia” (Lazo, 1998; Riso, 2003; Castello, 2005).

Asunción del sistema de creencias de la pareja: El sujeto es capaz de aceptar como irrefutables e interiorizar ideas de sí mismo que pertenece a su pareja. Estos pueden relacionarse con los conceptos de “superioridad de pareja, inferioridad dependiente” y relaciones.

Así, manifestándose “que el culpable de que la relación no funcione es el dependiente emocional, debido a su ineptitud, falta de arreglo, por su físico, etc.; entonces, la pareja dirá que quiere una relación en la que se sienta libre, sin compromisos, y que, por lo tanto, pueda tener otras amistades que le produzcan placer y el dependiente emocional lo aceptara” (Lazo, 1998; Castello, 2005).

Miedo e intolerancia, a la sociedad: De alguna manera es responsabilidad del requerimiento sobre la posibilidad de brindarle acceso a su compañero. “Cuando no están en pareja, es frecuente que traten de mantenerse ocupados todo el tiempo posible para no encontrarse consigo mismos para no experimentar esa intolerancia atroz a la soledad. Por ello, cuando terminan una relación intentan desesperadamente retomarla, por nefasta que haya sido y cuando esto no es posible, de inmediato buscan otra relación” (Lazo, 1998; Castello, 2005).

b) Área de las relaciones interpersonales.

Deseos de exclusividad hacia otras personas significativas: Dirige sus propios intereses y necesidades a los demás en exceso, por lo que necesita ejercer una vigilancia excesiva. Escuchan interminables diálogos sobre su contexto, y los estados de ánimo intolerables de su pareja, conectan con amigos, familiares cuando la persona no está y tienen una amistad única y exclusiva que siempre está disponible. Incluso puede comenzar una relación o comenzar a tener una sin desarrollarla.

Necesidad de agradar: Los individuos tienden a buscar la aprobación de las personas ya que tienen un miedo inculcado al rechazo a lo que no quieren. “Entonces, la persona está pendiente de la impresión que el otro se lleva cuando interactúan con ella. Como consecuencia de lo anterior están muy pendiente de su apariencia y físico” (Mora y Raich, 2005).

Déficit de habilidades sociales: Exhiben marcados déficits en habilidades sociales, incluyendo falta de asertividad, falta de expresividad de intereses, apetito personal por las emociones y falta de empatía.

c) **Área de autoestima y estado de ánimo.**

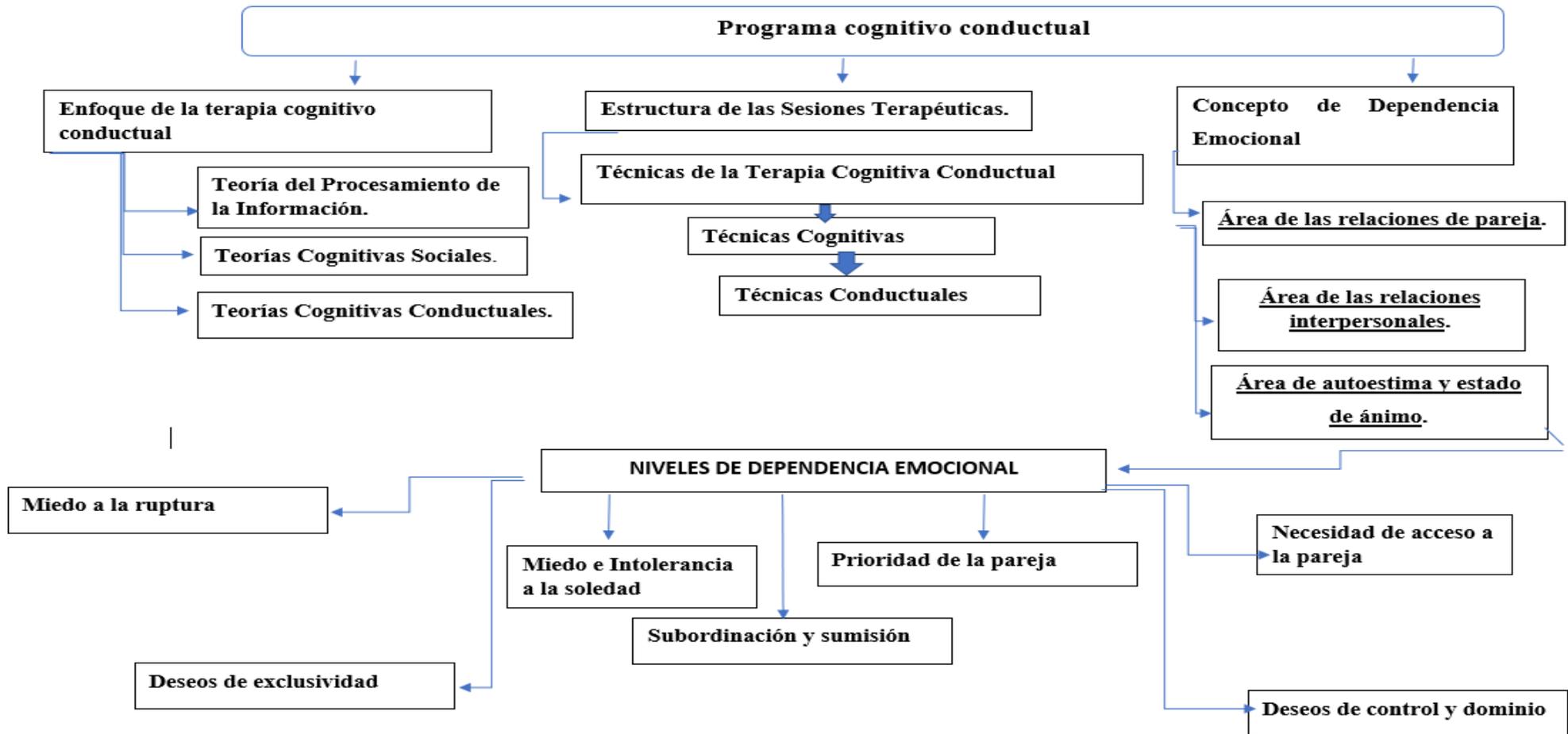
Baja autoestima: se define “como la suma de un conjunto de juicios acerca del propio valor y competencias en diferentes dominios” (Mora y Raich, 2005). Por lo tanto, “comprende actitudes de autoprotección, autoevaluación, defensa de los intereses, búsqueda de satisfacción saludable y respeto de sí mismo” (Castello, 2005). Las personas que se basan en una baja autoestima no se ponen trabas ni modifican sus intereses.

Miedo e intolerancia a la soledad: en parte “es responsable de la necesidad de acceso constante a la pareja. Cuando no están en pareja, es frecuente que traten e mantenerse ocupados todo el tiempo posible para no encontrarse consigo mismos para no experimentar esa intolerancia atroz a la soledad” (Castello, 2005). Por eso, cuando se concluye una relación, por desastrosa que sea, tratan desesperadamente de volver a ella, y cuando eso no hay oportunidad, inmediatamente buscan otra pareja.

Estado de ánimo negativo:

El estado mental normal de las personas emocionalmente dependientes se denota por emociones como “tristeza, preocupación constante, nerviosismo”, ansiedad personal y apatía. Estos corresponden a miedos mayores como las rupturas, el deterioro de las relaciones, el miedo al abandono y la soledad. A pesar de que, en determinados momentos, especialmente cuando se ha iniciado una relación o se ha reconciliado, una persona emocionalmente dependiente mostrará alegría, motivación e incluso euforia, el primer rasgo señalado es que su estado de ánimo prevalecerá. esporádico y breve.

1.3.-Propuesta teórica



CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

Metodología de la investigación

Diseño de la investigación.

La presente investigación es descriptiva, no experimental y propositiva. “Descriptiva, porque los datos solo permiten la descripción o explicación de algún fenómeno, sin que estos sean modificados o alterados. El estudio cuenta con una población la cual se pretende describir en función de una o un grupo de variables” (Hernández, Fernández y Baptista, 2016). Por lo tanto, “el diseño no experimental es aquel que se efectúa sin la manipulación deliberada de variables” (Hernández, Fernández y Baptista, 2016). Propositiva, ya que se diseñó un programa de sesiones para disminuir la “dependencia emocional” en mujeres que sufren violencia familiar en un centro de salud de Lambayeque.

Población y muestra

Población: La población estará constituida por 440 mujeres que sufren “violencia familiar con dependencia emocional atendidos en un centro de salud de Lambayeque”.

Muestra: El tipo de muestra que se utilizará es la muestra total o censal, la cual abarca la totalidad de la población que “cumplen con los criterios de inclusión y exclusión” (Hernández, et al 2016).

El tamaño de la “población se determinó por un muestreo no probabilístico intencional” (Hernández, et al 2016), quedando constituido por 110 mujeres que sufren violencia familiar con “dependencia emocional” atendidos en un centro de salud de Lambayeque.

Técnica del muestreo

El muestreo es la técnica de seleccionar sujetos de manera individual o subconjuntos de una población para sacar análisis estadísticos y calcular los rasgos de la población como un todo. El muestreo probabilístico viene hacer un proceso de cálculo de muestreo en la que los investigadores establecen algunos criterios de elección y seleccionan aleatoriamente a los integrantes de una población. El uso de este parámetro de selección hace que todos los integrantes tengan la misma probabilidad de constituyen parte de la muestra.

Muestreo estratificado: El muestreo estratificado “es un procedimiento de muestreo en el que el objetivo de la población se separa en segmentos exclusivos, homogéneos (estratos), y luego una muestra aleatoria simple se selecciona de cada segmento (estrato)” según (Hernández, et al 2016).

Criterios de Inclusión:

- Mujeres que sufren violencia familiar de diferentes niveles socio económicos y culturales.
- Mujeres que sufren violencia familiar que hayan culminado en responder el test de dependencia emocional.

Encuesta

Mediante la encuesta se aportará un diagnóstico de la situación actual respecto a 110 mujeres que sufren “violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque”. Este diagnóstico señala cuáles son los indicadores por los que están atravesando 110 mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque (muestra representativa); Los resultados establecidos ayudará para brindar y proponer sugerencias relacionado a cómo disminuir la “dependencia emocional en mujeres que sufren violencia familiar” y así se den de manera saludable las relaciones de pareja.

Revisión bibliográfica y documental.

“La técnica de revisión bibliográfica, fue utilizada para recopilar información teórica, en los diversos textos que abordan la dependencia emocional, para ello se elaboraron fichas bibliográficas, textuales” según (Hernández, et al 2016), que ayudaron como base elemental en la construcción de la estructura del objeto de estudio. Por otro lado, se recopiló información fáctica relacionado a la violencia que sufren las mujeres del “Centro de Salud Lambayeque”.

Análisis estadístico de los datos.

Los métodos de análisis fueron cuantitativos y los datos recopilados se presentaron y analizaron a través de la estadística descriptiva. Esto puede explicar las observaciones realizadas a partir del empleo de la investigación. Para

el desarrollo de almacenamiento de los datos se empleó un diseño de estudio estadístico descriptivo, generando tablas y gráficos.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1.- RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de dependencia emocional en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	2	1.8%
	Significativo	10	9.1%
	Moderado	24	21.8%
	Alto	74	67.3%
	Total	110	100.0%

Fuente: Elaboración propia

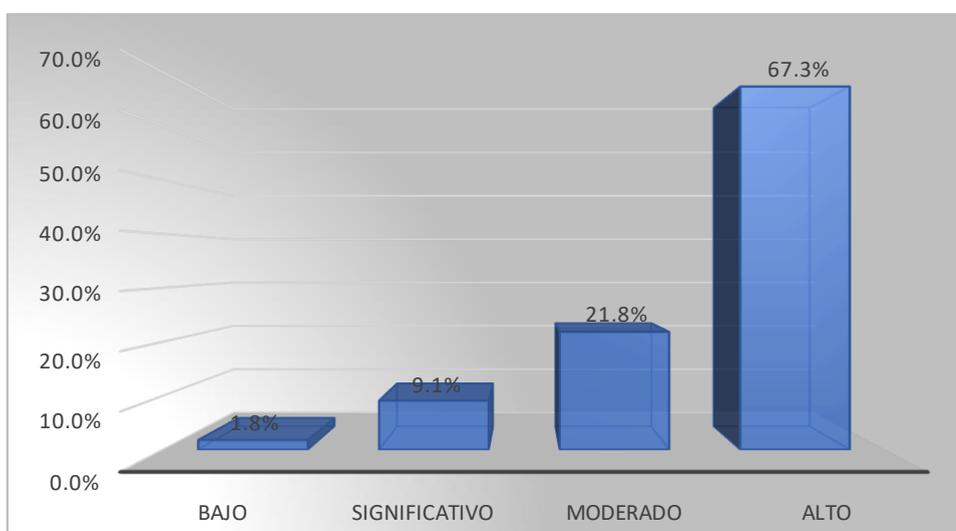


Figura 1

Nivel de dependencia emocional en mujeres que sufren violencia familiar

Interpretación:

En la tabla 1; se observa que el 67.3% de las mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque, tienen “niveles de dependencia emocional” alto, el 21.8% de dichas mujeres tienen niveles de dependencia emocional moderado, el 9.1% de las mujeres tienen niveles de dependencia emocional significativo y solo el 1.8% tienen “niveles de dependencia emocional” bajos.

Tabla 2

Miedo a la ruptura en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018.

Miedo a la ruptura	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
“Necesito hacer cualquier cosa para que mi pareja no se aleje de mi lado”	0.9%	13.6%	47.3%	19.1%	19.1%
“Me digo y redigo: ¡Se acabó!, pero llego a necesitar tanto de mi pareja que voy detrás de él /ella”	0.9%	19.1%	38.2%	23.6%	18.2%
“Reconozco que sufro con mi pareja, pero estaría peor sin ella”	0%	19.1%	35.5%	29.1%	16.4%
“Tolero algunas ofensas de mi pareja para que nuestra relación no termine”.	0%	16.4%	36.4%	26.4%	20.9%
“Aguanto cualquier cosa para evitar una ruptura con mi pareja”.	0%	19.1%	31.8%	31.8%	17.3%

“Estoy dispuesto(a) a hacer lo que fuera para evitar el abandono de mi pareja”.	1.8%	13.6%	30.9%	18.2%	35.5%
“Creo que puedo aguantar cualquier cosa para que mi relación de pareja no se rompa”.	0%	30%	31.8%	26.4%	11.8%
“Para que mi pareja no termine conmigo, he hecho lo imposible”.	0%	12.7%	46.4%	29.1%	11.8%
“Mi pareja se va a dar cuenta de lo que valgo, por eso tolero su mal carácter”.	0%	14.5%	39.1%	35.5%	10.9%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 2; Se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten miedo a la ruptura regularmente, muchas veces y siempre.

Tabla 3

Miedo e Intolerancia a la soledad en mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud Lambayeque – 2018.

Miedo e Intolerancia a la soledad	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
“Me angustia mucho una posible ruptura con mi pareja”.	0.9%	13.6%	40%	30%	15.5%
“Si no está mi pareja, me siento intranquila (o)”.	0%	19.1%	44.5%	19.1%	17.3%

“Es insoportable la soledad que se siente cuando se rompe con una pareja”.	0%	20%	42.7%	20%	17.3%
“No sé qué haría si mi pareja me dejara”.	0.9%	25.5%	30.9%	27.3%	15.5%
“No soportaría que mi relación de pareja fracasase”.	0%	23.6%	30%	27.3%	19.1%
“He pensado: Qué sería de mí si un día mi pareja me dejara”.	0%	23.6%	28.2%	28.2%	20%
“Vivo mi relación de pareja con cierto temor a que termine”.	0%	15.5%	36.4%	27.3%	20.9%
“Me asusta la sola idea de perder a mi pareja”.	0%	14.5%	37.3%	30%	18.2%
“Necesito tener presente a mi pareja para poder sentirme bien”.	0.9%	18.2%	46.4%	21.8%	12.7%
“No estoy preparado(a) para el dolor que implica terminar una relación de pareja”.	0.9%	21.8%	37.3%	30.9%	9.1%
“No soporto la idea de estar mucho tiempo sin mi pareja”.	0%	17.3%	37.3%	30.9%	14.5%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 3; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten Miedo e Intolerancia a la soledad regularmente y muchas veces.

Tabla 4

Prioridad de la pareja en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018.

Prioridad de la pareja	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
“Descuido algunas de mis responsabilidades laborales y/o académicas por estar con mi pareja”	0.9%	21.8%	41.8%	24.5%	10.9%
“Me olvido de mi familia, de mis amigos y de mí cuando estoy con mi pareja”.	0%	18.2%	35.5%	31.8%	14.5%
“Me cuesta concentrarme en otra cosa que no sea mi pareja”.	0%	12.7%	38.2%	31.8%	17.3%
“Me olvido del mundo cuando estoy con mi pareja”.	0.9%	11.8%	36.4%	34.5%	16.4%
“He relegado algunos de mis intereses personales para satisfacer a mi pareja”	0%	18.2%	36.4%	30%	15.5%
“Suelo postergar algunos de mis objetivos y metas personales por dedicarme a mi pareja”.	0%	19.1%	33.6%	33.6%	13.6%
“Mis familiares y amigos me dicen que he	0%	19.1%	30.9%	34.5%	15.5%

descuidado mi persona por dedicarme a mi pareja”					
Me aílo de las personas cuando estoy con mi pareja	0.9%	16.4%	38.2%	30%	14.5%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 4; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten prioridad de la pareja regularmente y muchas veces.

Tabla 5

Necesidad de acceso a la pareja en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018.

Necesidad de acceso a la pareja	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
“La mayor parte del día, pienso en mi pareja”.	0%	19.1%	40.9%	20%	20%
“Mi pareja se ha convertido en una parte mía”.	0%	19.1%	39.1%	23.6%	18.2%
“A pesar de las discusiones que tenemos, no puedo estar sin mi pareja”.	0%	16.4%	38.2%	26.4%	19.1%
“Me siento feliz cuando pienso en mi pareja	0%	18.2%	31.8%	35.5%	14.5%
Tanto el último pensamiento al acostarme como el primero al	0.9%	10.9%	40.9%	28.2%	19.1%

levantarme es sobre mi pareja”					
“No puedo dejar de ver a mi pareja”.	0%	12.7%	32.7%	30.9%	23.6%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 5; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque sienten necesidad de acceso a la pareja regularmente y muchas veces.

Tabla 6

Deseos de exclusividad en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque - 2018.

Deseos de Exclusividad	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
Si por mí fuera, quisiera vivir siempre con mi pareja	0%	13.6%	43.6%	19.1%	23.6%
Primero está mi pareja, después los demás.	0%	10.9%	41.8%	31.8%	15.5%
Si por mí fuera, me gustaría vivir en una isla con mi pareja	0%	16.4%	31.8%	36.4%	15.5%
Yo soy sólo para mi pareja.	0%	15.5%	37.3%	30.9%	16.4%
Vivo para mi pareja.	0%	14.5%	34.5%	30%	20.9%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 6; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten deseos de exclusividad de la pareja regularmente y muchas veces.

Tabla 7

Subordinación y sumisión en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018

Subordinación y Sumisión	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
Me asombro de mismo(a) por todo lo que he hecho por retener a mi pareja.	6.4%	19.1%	31.8%	20.9%	21.8%
“Tengo que dar a mi pareja todo mi cariño para que me quiera”.	5.5%	11.8%	36.4%	29.1%	17.3%
“Me entrego demasiado a mi pareja”.	4.5%	15.5%	39.1%	20.9%	20%
“Mucho de mi tiempo libre, quiero dedicarlo a mi pareja”.	0,9%	19.1%	40.9%	24.5%	14.5%
“Durante mucho tiempo he vivido para mi pareja”.	0%	17.3%	40.9%	21.8%	20%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 7; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar “atendidas en un centro de salud” de Lambayeque sienten subordinación y sumisión regularmente y muchas veces.

Tabla 8**Deseos de control y dominio en mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque – 2018**

Deseos de Control y Dominio	Nunca	Pocas	Regularmente	Muchas	Siempre
“Me importa poco que digan que mi relación de pareja es dañina, no quiero perderla”	0%	20.9%	30.9%	29.1%	19.1%
“Debo hacer el centro de atención en la vida de mi pareja”.	0%	23.6%	30.9%	29.1%	16.4%
“Me cuesta aceptar que mi pareja quiera pasar un tiempo solo(a)”.	0%	11.8%	40.9%	31.8%	15.5%
“Quiero gustar a mi pareja lo más que pueda”	0%	15.5%	29.1%	36.4%	19.1%
“Siento fastidio cuando mi pareja disfruta la vida sin mí”	0%	14.5%	38.2%	31.8%	15.5%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 8; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten deseos de control y dominio regularmente y muchas veces.

DISCUSIÓN

En la tabla 1; se observa que el 67.3% de las mujeres que sufren violencia familiar atendida en un centro de salud Lambayeque tienen niveles de dependencia emocional alto, el 21.8% de dichas mujeres tienen “niveles de dependencia emocional” moderado, el 9.1% de las mujeres tienen “niveles de dependencia emocional” significativo y solo el 1.8% tienen niveles de dependencia emocional bajos. Según Castello en el año 2005, sostiene que la “dependencia emocional es definida, como la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectivo que una persona siente hacia otra, su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones de este tipo” (p.65); es decir, empieza a crear una confusión entre el sentimiento sano y la patología. En el caso concreto de las mujeres que sufren violencia familiar, en su mayoría según retrata este arrojado de datos, las mujeres que fueron “atendidas en centro de salud de Lambayeque” poseen niveles altos de dependencia emocional, por lo que han creado conductas como el aferrarse y acostumbrarse al maltrato constante de la pareja, estableciendo un vínculo complicado de dejar. Así como lo interpreta en su definición Moral, quien, en el año 2006, lo define como trastornos relacionados con el comportamiento, en donde prevalecen conductas adictivas e insanas en la relación y por ende al sujeto del quien se depende. Según Flores, en el año de 1999, realizó una investigación de “tipo correlacional” con las variables Niveles de Dependencia y Rasgos de Personalidad en 29 mujeres maltratadas en la Casa Refugio de San Juan de Lurigancho, haciendo uso de la Escala de Dependencia de Navran y Finney y del cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell, teniendo como resultado que los “niveles de dependencia están muy correlacionados con rasgos que indican: poca expresividad emocional y poca participación social, así como miedo a tomar riesgos, desconfianza y deseo de hacer las cosas a su manera pero no de forma asertiva sino de agresiva y terca” (p. 45). En cuanto a las correlaciones realizadas entre niveles de dependencia y ocupaciones se encuentra que las mujeres trabajadoras presentan mayor nivel de dependencia junto a inestabilidad emocional y emociones reprimidas, a diferencia de las que no trabajan que registran mayor nivel de dependencia pero ahora junto a retraimiento, timidez y pesimismo, reafirmando lo que sostiene Moral, sobre los trastornos de personalidad y comportamiento, por lo que guarda similitud a lo que mi estudio ha logrado evidenciar.

Ya, en la tabla 2; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque sienten miedo a la ruptura regularmente, muchas veces y siempre. Según lo que sostiene Shaver y Hazan (1987), estos autores consideran que “el proceso amoroso puede ser entendido desde los patrones de apego que se forma en la infancia y se mantiene a lo largo del ciclo vital”. Es decir, la mayoría de mujeres que evidencian dichos comportamientos sienten pavor de separarse de quien ha venido siendo un hábito en su vida, lo cual “refleja el deseo de estar emocionalmente relacionado e involucrado de manera interpersonal en relaciones cálidas” (p. 76), según lo que manifiesta también Reeve, en el 2003. El individuo “experimenta pánico ante la sola idea de que la relación se disuelva con una gran posibilidad de padecer trastornos mentales en caso de que ocurra. Este sufrimiento se puede producir incluso con una persona que le ha hecho la vida imposible o que incluso ha maltratado al dependiente emocional”. “En estos casos el paciente se parece a un toxicómano en pleno síndrome de abstinencia; es más, son frecuentes la negación de dicha ruptura y los continuos intentos y exhortaciones para reanudar la relación” (Lazo, 1998; Riso, 2003; Castello, 2005). Finalmente, nuestra investigación va de la mano con las de Bravo, Aizpiri & Echeburúa en el año (2008), y fueron quienes investigaron

Sobre las diferencias del “sexo en la dependencia afectiva y dimensiones de personalidad, realizaron el estudio en 160 pacientes (105 hombres y 55 mujeres) atendidos en una clínica de la ciudad de Oviedo (España), cuyas edades oscilaban entre los 25 y 40 años. Para ello aplicaron la entrevista general y el inventario de personalidad de Eysenck. En este estudio se encontró los siguientes resultados; el 65% de las mujeres y el 30% de los hombres presentan dependencia afectiva hacia su pareja. En las dimensiones de personalidad se encontró que existe un mayor predominio de la persona introvertidas (63%) a sentir la necesidad de sentirse acompañado por su pareja, concluyendo la similitud de nuestro estudio” con la del mencionado autor. (p. 77)

En la tabla 3; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque sienten Miedo e Intolerancia a la soledad regularmente y muchas veces. Según Castello en el año 2005, este define que depender de una persona es la necesidad de sentirse protegido y sienten temor cuando se crea la idea de que esta persona puede marcharse; es decir, la mayoría de las mujeres que fueron atendidas, sienten que son responsables de la necesidad de acceso constante a la pareja. Castello (2005) señala “Cuando no están en pareja, es frecuente que traten de mantenerse ocupados todo el tiempo posible para no encontrarse consigo mismos para no experimentar esa intolerancia atroz a la soledad. Por ello, cuando

terminan una relación intentan desesperadamente retomarla, por nefasta que haya sido y cuando esto no es posible, de inmediato buscan otra relación”. Según la investigación de García, o. (2005 – 2006) en la Universidad Autónoma de Sinaloa, realizó una investigación sobre violencia en el noviazgo. “Relaciones dolorosas que trascienden” en una población de 1,893 personas, las cuales 958 (50.6%) fueron mujeres y 935 (49.4%) fueron varones, obteniendo los siguientes resultados: 20.44%, de la población reconocen haber padecido violencia en sus “relaciones de noviazgo; mujeres y hombres” mencionan que por miedo y baja autoestima toleraban los malos tratos sintiendo amos miedo, tristeza e importancia, guardando relación con nuestro estudio.

En la siguiente tabla 4; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten prioridad de la pareja regularmente y muchas veces. Hirschfeld, en el año de 1977, considero depender de alguien, como la “dependencia interpersonal o relacional como un conjunto de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas de torno a la necesidad de asociación e interacción con otro significativo” (p. 54). Es decir, la mayoría de las mujeres que fueron atendidas, reflejaron niveles altos de priorización de la pareja, considerándola a la misma como el centro de su existencia, el sentido de su vida, el objeto predilecto de su atención. No habrá nada más importante, incluyéndose a sí mismo, los hijos (si los hubiera), familiares o amigos. Lo que conlleva a coincidir nuestro estudio con los de Gonzales, M. (2008) Madrid. Quien realizó en su tesis Doctoral el tema “Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la comunidad de Madrid”, donde tomó una:

Muestra total de 5,355 adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 26 años, los varones (n=1.966) y las mujeres (n=3.389) quienes han mantenido o mantienen en el momento de la evaluación una relación de pareja, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: en general, las agresiones físicas leves se manifiestan en mayor medida que las agresiones físicas graves tanto en el patrón de agresores como en el de víctimas, aproximadamente el 35% de los jóvenes afirman haber agredido a sus parejas y el 33% señalan haberla sufrido alguna vez, así mismo las conductas agresivas físicas más frecuentes son el sujetar físicamente y el agarrar o empujar a la pareja.(p. 78)

En la tabla 5; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque sienten necesidad de acceso a la pareja regularmente y muchas veces. Según Walster (1978), citado en Worchek (2002), ambos distinguieron entre el amor apasionado y el de compañerismo. De acuerdo con estos autores, el amor apasionado por lo general se

desarrolla al inicio de la relación y se caracteriza Según Walster (1978) “por componentes cognitivos, emocionales y conductuales asociados con el deseo intenso de unión. Los componentes cognitivos implican la preocupación por la persona amada, idealización del otro y deseo de ser conocido por este”. Es decir, la mayoría de las mujeres que fueron atendidas, evidencian la concepción de necesidad Psicológica extrema conduce a su pareja. Entre otras cosas, esto genera un deseo constante de hablar con él, llamadas telefónicas y mensajes de texto constantes, apariencias inapropiadas en el trabajo, la universidad, los gimnasios y otros lugares, y otros comportamientos. Nuestros resultados van de la mano con los de Bravo, Aizpiri & Echeburua (2008), quienes investigaron sobre

Las diferencias del sexo en la dependencia afectiva y dimensiones de personalidad realizaron el estudio en 160 pacientes (105 hombres y 55 mujeres) atendidos en una clínica de la ciudad de Oviedo (España), cuyas edades oscilaban entre los 25 y 40 años. Para ello aplicaron la entrevista general y el inventario de personalidad de Eysenck. En este estudio se encontró los siguientes resultados; el 65% de las mujeres y el 30% de los hombres presentan dependencia afectiva hacia su pareja. En las dimensiones de personalidad se encontró que existe un mayor predominio de la persona introvertidas (63%) a sentir la necesidad de sentirse acompañado por su pareja.

En la tabla 6; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten deseos de exclusividad de la pareja regularmente y muchas veces. Según Carlson y Hatfield (1991), citado en De Catanzaro (2001), ambos sostienen que las relaciones íntimas exitosas, tienen dimensiones cognitivas, en donde “incluyen la autorrevelación de los demás, en especial de las facetas más íntimas de la persona que incluyen idiosincrasia, fortalezas, debilidades, esperanzas y temores”. Es por eso, que, en nuestros resultados, la mayoría de las mujeres que fueron atendidas, reflejan de manera progresiva su nivel de dependencia y gravedad para dedicarse por entero a su pareja y anhela que este haga lo propio (Lazo, 1998; Castello, 2005). Por lo que, ante ello, nuestros resultados guardan relación con los de Cubas, Espinoza, Galli y Terrones (2004). Lima. Quienes elaboraron un programa llamado:

Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva, su población estuvo constituida por 7 mujeres con edades de 29 a 49 años, utilizaron el ADCA – 1, Escala de Autoestima de Coopersmith y el MIPS, teniendo como objetivo principal evaluar la efectividad del programa, determinar cuáles son las ideas que se encuentran en la base de sus interpretaciones de los acontecimientos y cuáles son los estilos de personalidad que subyacen en este grupo, concluyendo que para romper con la dependencia afectiva se requiere de

un cambio en la visión, expectativas y creencias irracionales que se tienen frente a la pareja. (p. 65).

Ya en la tabla 7; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque sienten subordinación y sumisión regularmente y muchas veces.

Según Rubin (1973), citado en Worchek (2002) “consideró al amor como la unión de tres componentes importantes: 1.- interés, es decir, el sentimiento de que las gratificaciones del otro son tan importantes como las propias. 2.- apego, que se refiere a la necesidad o deseo de estar con el otro, de tener contacto físico, de ser aprobado y querido. 3.- intimidad, que es el nexo o lazo entre dos personas, manifestando por una comunicación estrecha y confidencial”. Por lo que, ante los resultados obtenidos, las mujeres que fueron atendidas evidenciaron desequilibrio y asimetría. En donde, uno de sus elementos predomina evidentemente a la pareja, y el otro, en este caso el adicto, se desprecia a sí mismo e incluso se realza como cosificación de desprecio y colera. Estos resultados, guardan con los estudios de Bravo, Aizpiri & Echeburua (2008), quienes investigaron:

Sobre las diferencias del sexo en la dependencia afectiva y dimensiones de personalidad, realizaron el estudio en 160 pacientes (105 hombres y 55 mujeres) atendidos en una clínica de la ciudad de Oviedo (España), cuyas edades oscilaban entre los 25 y 40 años. Para ello aplicaron la entrevista general y el inventario de personalidad de Eysenck. En este estudio se encontró los siguientes resultados; el 65% de las mujeres y el 30% de los hombres presentan dependencia afectiva hacia su pareja. En las dimensiones de personalidad se encontró que existe un mayor predominio de la persona introvertidas (63%) a sentir la necesidad de sentirse acompañado por su pareja. (p. 71)

Finalmente, ya en la tabla 8; se observa que, en casi todos los ítems que contestaron las mujeres que sufren “violencia familiar atendidas en un centro de salud de Lambayeque” sienten deseos de control y dominio regularmente y muchas veces. Según Ccama, en el año de 1998, realizó una serie de distinciones entre el enamoramiento y el amor maduro. En donde, establece por ejemplo que el enamoramiento implica dependencia y pérdida de lo individual; de acuerdo al autor Ccama (1998) señala:

Alteración de la realidad “hay una ilusión superficial y pasajera; se niegan o minimizan los defectos y se realzan las fortalezas; exaltación de las reacciones emocionales, así como pensamientos obsesivos respecto a la otra persona, deseos desmesurados de posesión y explosividad, la alegría se obtiene solo con la pareja, existe un gran ímpetu, pero también hay inseguridad y desconfianza. Siendo las mujeres que fueron atendidas, quienes logran evidenciar un notable déficit de habilidades sociales como

falta de asertividad, no expresión de intereses, demandas personales de emociones”, así como carencia de empatía. (p. 56)

Por lo que, ante mis resultados, concluyo que guardan relación con los de García, o. (2005 – 2006) Universidad Autónoma de Sinaloa, realizó una investigación sobre violencia en el noviazgo. “Relaciones dolorosas que trascienden” en una población de 1,893 personas, las cuales 958 (50.6%) fueron mujeres y 935 (49.4%) fueron varones, obteniendo los siguientes resultados: 20.44%, de la población reconocen haber padecido violencia en sus “relaciones de noviazgo; mujeres y hombres” mencionan que por miedo y baja autoestima toleraban los malos tratos sintiendo amos miedo, tristeza e importancia.

3.3.-PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

Título: Programa Cognitivo Conductual en Mujeres que sufren Violencia Familiar con Dependencia Emocional Atendidas en un Centro De Salud De Lambayeque.

I.-Datos generales

Denominación:

Población: Grupo máximo de 20 mujeres.

N° de sesiones: 15

Tiempo de duración: min.

II.-Presentación

Según Avendaño y Sánchez (2002): La dependencia emocional es definida como: “la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectivo que una persona siente hacia otra, su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones de este tipo”.

En una relación, especialmente cuando estás enamorado, es normal sentir un fuerte deseo emocional por tu pareja. Sin embargo, en sentido que la relación de pareja se normalice, este deseo disminuye y el amor y como elementos tienden a equilibrarse y formar una relación madura que favorece el crecimiento personal de los integrantes de la pareja. Si el deseo de amor no ha cambiado con el transcurso del tiempo e incluso incrementa, recurra a alguna acción si existe una fuerte “necesidad afectiva de estar con la pareja”, muchas veces en detrimento de uno de los miembros, por lo que la dependencia afectiva se transforma en la razón más importante y quizás la única de una relación.

En vista de lo anterior, se consideró oportuno plantear una propuesta de un “programa cognitivo conductual, para mejorar los niveles de dependencia emocional en mujeres que sufren violencia familiar de un establecimiento de salud”.

III.-Fundamentación

Debido a que las intervenciones psicoeducativas se consideran uno de los pasos más pertinentes con una efectividad para mejorar las actitudes y/o el comportamiento, este estudio es capaz de demostrar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y por lo tanto es una propuesta de intervención, se consideró adecuado utilizar la terapia cognitivo-conductual como estructura elemental de la propuesta de intervención

Así mismo según Castello (2005) se “asume que actitudes maternas están constituidas por tres componentes fundamentales: el cognitivo, formado por juicios, creencias y valores de la madre con respecto a su hijo; el afectivo, incluye la simpatía o antipatía, sentimientos y sensaciones placenteras y displacenteras hacia el hijo”; y el componente reactivo de acción según Walster (1978), citado en Worcheck (2002), que se refiere a la “disposición de actuar de una manera determinada ante su hijo. En base a lo mencionado, se ha establecido una serie de estrategias y/o técnicas cognitivas conductuales para la modificación de pensamientos irracionales, mejorando por ende las actitudes de las madres participantes”.

IV.-Objetivo

General

- Diseñar un Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de Dependencia Emocional en las Mujeres que sufren Violencia Familiar Atendidas en un Centro De Salud De Lambayeque -2018

Específicos

- Desarrollar un diagnóstico situacional a fin de conocer el nivel de dependencia emocional por el que atraviesan las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- Precisar las causas de subordinación y sumisión de las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- Analizar el nivel de miedo a la ruptura de las mujeres del centro de salud Lambayeque.

- Proponer un programa cognitivo conductual que las direccionado a corregir las actitudes en torno al miedo e intolerancia a la soledad de las mujeres del centro de salud Lambayeque.

V.-Técnicas e instrumentos a utilizar

Técnicas

a.- Role-playing o representación: Para poder “mejorar la autoestima” y confianza en las mujeres que sufren de “violencia familiar” y así identificar entre una relación saludable o patológica, siendo así tenga los recursos de discernir y tener una dinámica funcional de pareja.

b.- Entrenamiento asertivo: Según Castello (2005) “Brinda los recursos para poner en práctica las estrategias asertivas para manejarse adecuadamente en situaciones de pareja. Incluye ser capaz de decir no, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda”.

c.- Reestructuración cognitiva: Es un conjunto de técnicas que apoyan al individuo a “percibir e interpretar” el entorno circundante que lo rodea de una manera más adaptativa. La persona aprende a identificar pensamientos distorsionados y cambiar estos pensamientos por pensamientos funcionales saludables y que son más racionales, esto llegando a mejorar su estado emocional y conductual.

d.- Programación de actividades: Es una de las técnicas más significativos en “terapia cognitiva – conductual”. Ayuda en la distribución del tiempo, en priorizar y ejecutar actividades, generando el inicio de metas, cumpliendo objetivos, siendo así genera pensamientos que sean más funcionales y sintónicos logrando mejorar nuestro desarrollo emocional y psicológico.

VI.-Instrumentos

“INVENTARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL (IDE) que fue elaborado por Jesús Aiquipa Tello en el año 2009, en Lima – Perú”.

Elaborar las recomendaciones metodológicas para la aplicación de la propuesta

Los aportes metodológicos para la aplicación de la propuesta cognitivo conductual será a través de técnicas vivenciales, participativas, de debate y

discusión de tareas individuales y grupales, así como situaciones que inviten a la reflexión a través de casos prácticos para estimular la parte cognitiva de las participantes y lograr tomar conciencia promoviendo recursos personales que favorecerán el manejo adecuado de sus emociones en las mujeres que participan del programa, todo ello a través de técnicas como role playing que jugará un rol importante en las sesiones vivenciales. Siendo así el programa tiene como objetivo disminuir los niveles de dependencia emocional, se fomentará la autoestima y las habilidades sociales, tal es así mejorara la calidad de vida de las participantes, desde lo socioemocional, cognitivo y conductual.

En cuanto a las recomendaciones en la metodología para su ejecución sobre la propuesta cognitiva conductual, se realizará mediante técnicas tanto de manera presencial como vía remota, siendo así se da mediante la participación ya sea de manera individual o grupal, el debate y la discusión de tareas.

Validación de la propuesta realizada

La propuesta se validó mediante la validez por criterio de expertos, los cuales revisaron la propuesta y emitieron su veredicto como apto para su aplicación, además la validez de los hallazgos es viable estadísticamente, los mismos que se plasman en los anexos de este estudio.

VII.- Plan de intervención

Temática a desarrollar

SESIONES	TÍTULO	RECURSOS	TECNICAS	TIEMPO	ACTITUDES EN MUJERES QUE SUFREN DEPENDENCIA EMOCIONAL QUE SE TRABAJARAN:
SESIÓN 01:	“Bienvenidos”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Reestructuración cognitiva, role playing y Psicoeducación.	50 min	- Deseos de exclusividad, prioridad de la pareja, miedo e intolerancia a la soledad.
SESIÓN 02:	“Compartiendo”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, técnica de relajación muscular progresiva, termómetro emocional.	50 min	-Miedo e intolerancia a la soledad, miedo a la ruptura.
SESIÓN 03:	“Emociones, pensamientos y conducta”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, Reconocimiento y registro de emociones.	50 min	- Subordinación y sumisión, necesidad de acceso a la pareja y miedo a la ruptura.
SESIÓN 04:	“Autoestima”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Psicoeducación, role playing, entrenamiento en habilidades sociales.	55 min	- Prioridad de la pareja, deseo de exclusividad Deseo de control y dominio.
SESIÓN 05:	“Alta y baja autoestima”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Reestructuración cognitiva, Role playing, Entrenamiento en habilidades sociales.	60 min	- Miedo e intolerancia a la soledad, subordinación y sumisión.
SESIÓN 06:	“Habilidades sociales”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Psicoeducación, role playing, Entrenamiento en habilidades sociales.	50 min	-“Miedo a la ruptura, miedo e intolerancia a la soledad, prioridad de la pareja”.
SESIÓN 07:	“Asertividad”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, entrenamiento en habilidades sociales.	50 min	-“Miedo a la ruptura, miedo e intolerancia a la soledad”.

SESIÓN 08:	“Pensamiento erróneos y pensamientos saludables”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, entrenamiento en solución de problemas, psico educación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad.	50 min	-“Subordinación y sumisión, miedo e intolerancia a la soledad, prioridad de la pareja, deseos de exclusividad”.
SESIÓN 09:	“Tolerancia a la soledad y toma de decisiones”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, Reestructuración cognitiva, Técnica de exposición, técnicas de relajación y Reestructuración cognitiva.	55 min	-“Miedo a la ruptura, miedo e intolerancia a la soledad, prioridad de la pareja, Deseos de exclusividad, subordinación y sumisión”.
SESIÓN 10:	“Autonomía y actividades saludables”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Reestructuración cognitiva, role playing y, Entrenamiento en habilidades sociales.	55 min	-“Prioridad de la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Deseos de exclusividad, Subordinación y sumisión”.
SESIÓN 11:	“Técnicas de control ante situaciones de miedo y angustia”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, Entrenamiento en habilidades sociales, Toma de decisiones.	50 min	-“Prioridad de la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Deseos de exclusividad, Subordinación y sumisión”.
SESIÓN 12:	“Momentos de soledad necesarios y saludables”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, programa de actividades, reestructuración cognitiva.	50 min	-“Miedo a la ruptura, Miedo e intolerancia a la soledad, Deseo de control y dominio”.
SESIÓN 13:	“Conductas poco saludables”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Psico educación, role playing.	50 min	-“Prioridad de la pareja, Necesidad de acceso a la pareja, Deseo de exclusividad”.
SESIÓN 14:	“Yo me defiendo”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Role playing, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva.	55 minutos	-“Deseo de exclusividad, Subordinación y sumisión, Deseo de control y dominio”.

SESIÓN 15:	“Responsabilidad de sí mismas y proyecto de vida”	-Profesional responsable -Máximo 20 participantes.	Establecer metas y proyecto de vida.	55 minutos.	- “Prioridad de la pareja y Deseo de exclusividad”.
-------------------	---	---	--------------------------------------	-------------	---

Estrategias

SESIÓN01

“Bienvenidos”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres .

- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Dar la bienvenida a las participantes al programa, dándoles a conocer los objetivos de este y la importancia de su participación.

Crear un espacio de intervención que genere confianza, respeto y apoyo mutuo.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Dar la bienvenida a las mujeres al programa.	Introducción y encuadre.	Dar la bienvenida a las participantes, utilizando palabras cálidas y manifestando las normas de convivencia.	Expositiva	5 min
Presentación de las participantes y conocimiento de todo el grupo.	Presentación	“Uniendo corazones, se entregará la mitad de un corazón con un color específico a cada una de forma que busquen su otra mitad y realicen 3 preguntas: ¿Cuál es tu nombre? ¿Cómo te gusta que te llamen? ¿Cuál es el regalo que tienes para ofrecer al mundo? Luego procederán a presentarse una a la otra”	Dinámica de presentación	25 min
Generar motivación y expectativa en las participantes.	Motivación	“Se presenta el diagrama de pensar, sentir y actuar para explicar el modelo cognitivo – conductual- Se explica información básica sobre la dependencia emocional en una relación de pareja y se señala como ejemplo de inicio abandonar pensamientos irracionales (Creencias perturbadoras) y reemplazarlos por pensamientos nuevos”.	Expositiva	15 min

"Se promueve una despedida cálida para fomentar la cohesión grupal"	Cierre	"Abrazos compartidos", se solicita ponerse en círculo y se da un abrazo grupal	Reflexivo	5 min
---	--------	--	-----------	-------

SESIÓN 02

“Compartiendo”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres .

- **Tiempo de duración:** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Que las colaboradoras entren a un estado de relajación profunda, asimismo analizar su estado emocional.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Establecer empatía entre las participantes y los facilitadores	Exploración	“Me muevo”; las participantes reciben un globo en pareja y se mueven al sonido de la música sin que se les caiga, sin tocarlo con las manos	Dinámica de inicio	10 min
Analizar los contenidos aprendidos en la sesión anterior	Retroalimentación	Hacer una recopilación de la información brindada en la sesión anterior y se explica el objetivo de la presente. Se consultan dudas.	Expositiva	10 min
Que las colaboradoras entren en un estado de relajación profunda.	Desarrollo	“Relajación progresiva de Jacobson; en tres fases de tensión –relajación, repaso y relajación mental con la finalidad de disminuir los estados de ansiedad, tensión muscular y facilitar el sueño”	Dinámica de relajación	25 min
Analizar el estado emocional de las madres	Cierre	“Termómetro del ánimo; se completará todas las semanas para evaluar cómo va cambiando el estado de ánimo a lo largo de las sesiones, donde 1 es el peor y 9 es el mejor. Se indica traer el ejercicio completado para la siguiente sesión”.	Dinámica de cierre	5 min

CAPITULO IV:

CONCLUSIONES

Se pudo percibir que en el CENTRO DE SALUD DE LAMBAYEQUE existe niveles altos de dependencia, siendo así en cuanto a los diversos problemas de dependencia emocional en las pacientes atendidas, esto se refleja en el diagnóstico de dependencia emocional, manifestando miedo a la ruptura, miedo e Intolerancia a la soledad, prioridad de la pareja, necesidad de acceso a la pareja, deseos de exclusividad , subordinación y sumisión , deseos de control y dominio.

- El programa cognitivo conductual contribuye a explicar los móviles causales de la subordinación y sumisión de las mujeres de centro de salud Lambayeque.
- El programa cognitivo conductual explica los factores del miedo a la ruptura de las mujeres del centro de salud Lambayeque.
- El diseño del programa cognitivo conductual contribuye al corregir distorsiones cognitivas en torno al miedo e intolerancia a la soledad de las mujeres del centro de salud Lambayeque.

CAPITULO V:
RECOMENDACIONES

Establecer la ejecución de un programa cognitivo conductual, para disminuir los niveles de dependencia emocional en mujeres que son atendidas en los diversos centros de salud de las diversas regiones del Perú.

Desarrollar planes de prevención y promoción, en favor de la NO VIOLENCIA. Con temas como “Mi estructura mental” “Mi pareja, y el enganche con mi personalidad” “Destruyendo barreras mentales y otros”.

Masificar a la población del Centro de salud de Lambayeque, la Ley 30364, la cual promueve *Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* con la finalidad de que conozcan sus derechos y disminuya la tasa de violencia en nuestra región.

Capacitar al personal del centro de salud, en técnicas de cómo afrontar casos de violencia familiar.

Facilitar estrategias sobre el manejo de las relaciones sentimentales, así como el desarrollo de tolerancia a la frustración y dependencia emocional, con la finalidad de promover la erradicación de relaciones patológicas.

Brindar charlas y estrategias a las diversas mujeres que asisten al centro de salud, en cómo utilizar los recursos psicológicos necesarios para afrontar diversas dificultades en cuanto a la dependencia emocional.

Crear programas en donde se ejecuten sesiones de “Familias estructuradas” y “Convivencia Democrática Familiar”, con el objetivo de disminuir la violencia en cualesquiera de sus formas de expresión.

Finalmente, realizar alianzas con instituciones que velan por el derecho de la mujer y la promoción de la No violencia, con la finalidad de hacer un trabajo coordinado y atacar a los indicadores de la mencionada problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Basado en la versión APA Séptima edición, y Sangría Francesa)

- Aiquipa Tello, J. (2012). *Diseño y validación del inventario de dependencia emocional – IDE*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Aiken, L. (1996). *Test Psicológicos y evaluación*. México: Prentice-Hall.
- Allport, G. (1986). *La personalidad*. Su configuración y desarrollo. Barcelona: Herder.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. México: Prentice-Hall.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Traducción de Tomas de Flores i Formenti. Barcelona: Masson.
- Avendaño, A. y Sánchez. J. (2002). *La dependencia emocional en las parejas*. Revista intercontinental de Psicología y Educación, 4 (1), 91-97.
- Beck, A. (1990). *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowly J. (1999). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: síntesis.
- Ccama, D. (1998). *Psicología de la pareja. Del enamoramiento al matrimonio*. Perú: San Marcos.
- Cajo, E. (2013). *Dependencia Emocional y conflictos en la relación de pareja, en estudiantes de un Instituto – Jaén*. Universidad Señor de Sipán, Chiclayo.
- Castello, J. (2000). *Análisis del concepto dependencia emocional*. I congreso virtual de Psiquiatría.

Recuperado

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencia/6_ci_a.m.

(2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.

Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Castro, A. (2001). *La dimensión afectiva en las mujeres afectadas por la violencia familiar*. Lima: Ministerio de Salud.

Cattel, R. (1972). *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Celi y Vásquez (2015), realizaron una investigación “*Dependencia Emocional en Estudiantes de una Universidad Estatal y Privada*”. Pimentel. Universidad Señor de Sipán.

CIE-10 *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.

Cubas, Espinoza, Galli y Terrones (2004). *Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva*. Perú. Revista de psiquiatría y salud mental, Hermilio Valdizan

De Catanzaro, D. (2001). *Motivación y emoción*. México: Pearson Educación.

Díaz, R y Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa-UNAM.

DSM – IV – TR (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado, primera edición*, Barcelona, MASSON S.A.

Escurra, L. (1989). *Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces*. Revista de Psicología, VI, (1-2), 103-111.

Feeney J. y Noller P. (2001). *Apego Adulto*. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Fisher H. (2004). *¿Por qué amamos?* México: Taurus.

Flores , B (2001). *Niveles de dependencia y rasgos de personalidad en un grupo de mujeres maltratadas de la Casa de Refugio de San Juan de Lurigancho*. Tesis no publicada. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Fundación Instituto Spiral. *I Congreso de Dependencia Emocional de pareja*. Recuperado <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/inicio.htm>

González ,S (2010) .”*Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*”.

Recuperado

<https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Guilford, J. (1964). *Psicología general*. México: Diana.

Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Quinta edición. Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.

Hirigoyen, M. (2006). *Mujeres maltratadas*. Los mecanismos de violencia en la pareja. Barcelona: Paidós.

Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L, Gough, H.G., Barrett, J., Korchin, S.J. y Chodoff, P. (1997). *A Measure of Interpersonal Dependency*. *Journal of Personality Assessment*, 41 (6), 610-618.

Hogan, T. (2004). *Pruebas Psicológicas*. Una introducción práctica. México: El Manual Moderno. Lazo, J. (1998). Adicción al amor. *Revista de Psicología*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2 (1-2), 17-29.

Jaller, K. y Lemos, M. (2009). *Esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con Dependencia Emocional*. Recuperado el 25 de abril del 2015 en

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_2737_v12n2-art7.pdf

López, J. y Valdez, M. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Lemaire, J. (1995). *La pareja humana: su vida, su muerte*. México: Fondo de la Cultura Económica.

- Lemos, M. y Londoño, N. (2006). *Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en población Colombiana*. Acta Colombiana de Psicología. Universidad de San Buenaventura, 9(2), 127-140.
- Loayza, w. (2002). *La Dependencia Psicológica en las mujeres víctimas de violencia en la relación de parejas usuarias de la Defensoría Parroquial Lesttonacc de la Ciudad de Chepén – La Libertad*. Tesis no publicada. Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos.
- Martinez, R. (1995). *Teoría de los test Psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Minsa,(2005). *La relación entre enamorados que oprime o controla es dependencia emocional y nada tiene que ver con amor*. Recuperado el 06 de Abril del año 2017 de
- <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16114>
- Mishel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Mora, M. y Raich, R. (2005). *Autoestima. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Moral, M. (2006). *Dependencias afectivas o emocionales*. Memorias del I encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales. Madrid: Fundamentación Instituto Spiral. Recuperado de
- http://www.infocop.es/view_article.asp?id=532.
- Moreno, B. y Garrosa, E. (2004). *La evaluación de los trastornos de la personalidad*. En Caballo, V. (dir). Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas. Overholser, J. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de la personalidad por dependencia. En caballo, V. (dir). Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: síntesis.
- Neisser, (1976). *Terapia cognitivo conductual de los trastornos de personalidad*.

Recuperado el 11 de Marzo del 2017

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40764417/terapia_cognitiva_de_tp.pdf?AWSAccessKeyId

- Olivitos, J (2018). “*Programa cognitivo - conductual sobre dependencia emocional en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote, 2018*”. Chimbote -Perú. Universidad César Vallejo.
- Prado, R. (2004). *El otro: Los vínculos de la pareja*. Lima: Asamblea Nacional de Rectores.
- Rathus, J.H. y O Leary, K.D. (1997). *Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development. Journal of Family y Violence*, 12(2), 159-168.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Riso, W. (2003). *¿Amar o depender?*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Tello, J. (2015). *Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja* Revista de Psicología, vol. 33, núm. 2, 2015, pp. 412-437 Pontificia Universidad Católica del Perú Lima, Perú. Extraído de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337839590007.pdf>
- Salama, H. (2003). *Gestalt, de persona a persona*. Recuperado el 15 de abril del 2015 en <http://www.agapea.com/libros/Gestalt-De-persona-a-persona-isbn-9701513320-i.htm>
- Sánchez, H. y Reyes C. (1998). *Metodología y diseño en la investigación Científica*. Lima: Mantero
- Schultz, D. y Schultz, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Thomson.
- Sirvent, C. (2006). *Clasificación y sintomatología diferencia de las dependencias sentimentales y coadiciones*. Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia. Memorias del I Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales. Madrid: Fundación Instituto Spiral.
- Recuperado <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentrosds/resúmenes/Carlos%20Sirvent.pdf>
- Sirvent, C. y Moral, M. (2007). *La dependencia sentimental o afectiva*. VIII congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 200.

Recuperado de

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/442>

Sternberg, R. (1995). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. México: Paidós.

Vásquez, F. (2013). *Dimensiones de Personalidad y su relación con Dependencia Emocional en pacientes de un centro hospitalario policial de Chiclayo*. Universidad Señor de Sipán, Chiclayo.

Vásquez, M y Celi, A. (2015). *Dependencia emocional en estudiantes de una universidad estatal y privada*. Chiclayo: Perú

Worchek, S., Cooper, J., Goethals, G. y Olson, J. (2002). *Psicología Social*. México: Thomson.

ANEXOS

ANEXO01:

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO-SOCIALES Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA

Instrumento-Encuesta



Objetivo: Evaluar la dependencia emocional de una persona en el contexto de su relación pareja.

Instrucciones: Sírvase marcar con un aspa (X) la respuesta que considere la correcta.

MIEDO A LA RUPTURA								
INDICADORES	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5.- Necesito hacer cualquier cosa para que mi pareja no se aleje de mi lado .								
9.- Me digo y redigo: “! ¡Se acabó!” , pero llego a necesitar tanto de mi pareja que voy detrás de él / ella.								
14.- Reconozco que sufro con mi pareja, pero estaría peor sin ella.								
15.- Tolero algunas ofensas de mi pareja para que nuestra relación no termine.								
17.- Aguanto cualquier cosa para evitar una ruptura con mi pareja.								
22.- Estoy dispuesto(a) a hacer lo que fuera para evitar el abandono de 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.								
MIEDO E INTOLERANCIA A LA SOLEDAD								
4.- Me angustia mucho una posible ruptura con mi pareja.								
6.- Si no está mi pareja, me siento intranquila (o)								
13.-Es insoportable la soledad que se siente cuando se rompe con una pareja.								
18.- No sé qué haría si mi pareja me dejaría.								
19.- No soportaría que mi relación de pareja fracasase.								
21.-He pensado: "Qué sería de mí si un día mi pareja me dejara"								
24.-Vivo mi relación de pareja con cierto temor a que termine.								
25.- Me asusta la sola idea de perder a mi pareja.								
29.-Necesito tener presente a mi pareja para poder sentirme bien.								
31.-No estoy preparado(o)para el dolor que implica terminar una relación de pareja								
46.-No soporto la idea de estar mucho tiempo sin mi pareja.								

PRIORIDAD A LA PAREJA								
30.- Descuido algunas de mis responsabilidades laborales y/o académicas por estar con mi pareja.								

32.- Me olvido de mi familia, de mis amigos y de mi cuando estoy con mi pareja.								
33.- Me cuesta concentrarme en otra cosa que no sea mi pareja.								
35.-Me olvido del “mundo” cuando estoy con mi pareja.								
37.-He relegado algunos de mis intereses personales para satisfacer a mi pareja.								
40.-Suelo postergar algunos de mis objetivos y metas personales por dedicarme a mi pareja.								
43.-Mis familiares y amigos me dicen que he descuidado mi persona por dedicarme a mi pareja.								
45.-Me aílo de las personas cuando estoy con mi pareja.								
NECESIDAD DE ACCESO A LA PAREJA								
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.								
23.-Me siento feliz cuando pienso en mi pareja.								
34.-Tanto el último pensamiento al acostarme como el primero al levantarme es sobre mi pareja.								
48.- No puedo dejar de ver a mi pareja.								

DESEOS DE EXCLUSIVIDAD								
16.-Si por mí fuera, quisiera vivir siempre con mi pareja.								
36.-Primero está mi pareja, después los demás.								

41.-Si por mí fuera, me gustaría vivir en una isla con mi pareja.								
42.-Yo soy sólo para mi pareja.								
49.-Vivo para mi pareja.								

SUBORDINACIÓN Y SUMISIÓN								
1.-Me asombro de mismo(o)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.								
7.-Mucho de mi tiempo libre, quiero dedicarlo a mi pareja.								
8.-Durante mucho tiempo he vivido para mi pareja.								

DESEOS DE CONTROL Y DOMINIO								
20.-Me importa poco que digan que mi relación de pareja es dañina, no quiero perderla.								
38.-Debo hacer el centro de atención en la vida de mi pareja.								
39.- Me cuesta aceptar que mi pareja quiera pasar un tiempo solo(a).								
44.-Quiero gustar a mi pareja lo más que pueda.								
47.- Siento fastidio cuando mi pareja disfruta la vida sin mí.								

ANEXO 02

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I.- INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Experto : Walter Hernán Patricio Peralta

Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo
 Universidad Continental
 Universidad de San Martín de Porres (Laboro)
 Universidad Nacional Federico Villarreal (Laboro)
 Instituto Psicoanalítico del Desarrollo Humano del Perú

Título Profesional : Licenciado en Psicología

Grado/Mención : Magister en Psicología

Instrumento de evaluación : Ficha técnica

Variable : DEPENDENCIA EMOCIONAL

Autor/a : Peralta Burga Yanira Danitza

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1= Muy deficiente

2= Deficiente

3= Aceptable

4= Buena

5= Excelente

N	INDICADORES	ESCALAS				
		1	2	3	4	5
1	Los ítems están redactados son claros y precisos y guardan relación con los sujetos muestrales					X
2	Respetar los derechos de información a la privacidad					X
3	Existe relación entre la denominación de las dimensiones y la información que proporciona sus ítems					X
4	Las instrucciones y los ítems del instrumento están diseñados para recabar información pertinente y objetiva sobre la					X

	variable DEPENDENCIA EMOCIONAL en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales.					
5	El instrumento está elaborado acorde a las actualizaciones de conocimiento científico, tecnológico, innovación inherente a la variable de DEPENDENCIA EMOCIONAL.					X
6	Los ítems del instrumento reflejan autenticidad y originalidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación					X
7	Los ítems del instrumento son suficiente en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores					X
8	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación responden a los objetivos y variables de estudio					X
9	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					X
10	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable de DEPENDENCIA EMOCIONAL.					X
11	La relación entre la técnica y el instrumento propuesto responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación					X
12	La relación de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento					X
	Puntaje parcial	60				
	Puntaje total	60				

III.- OPINION DE APLICABILIDAD

4.- El instrumento tiene ítems y aspectos suficientes para describir las intenciones de la investigación..... (X)

5.- El instrumento debe de ser reformulado porque sus ítems no se ajustan a las variables de estudio por lo tanto no es aplicable ()

6.- El instrumento es aplicable porque muestra consistencia y los indicadores se ajustan a las variables de estudio (X)

Lugar y fecha: Lima, 26 de Enero del 2022.



Mg. Walter Hernán Patricio Peralta

C.Ps. P 9682

ANEXO 03

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I.- INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Experto: Dr. Sevilla Exebio, Julio César

Institución donde labora: Escuela Profesional de Sociología (FACHSE-UNPRG)

Título Profesional: Lic. En Sociología

Grado/Mención: Dr. en Educación

Instrumento de evaluación: Ficha técnica

Variable: Programa Cognitivo Conductual.

Autor/a : Peralta Burga Yanira

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1= Muy deficiente

2= Deficiente

3= Aceptable

4= Buena

5= Excelente

N	INDICADORES	ESCALAS				
		1	2	3	4	5
1	Los ítems están redactados son claros y precisos y guardan relación con los sujetos muestrales					x
2	Respetar los derechos de información a la privacidad					x
3	Existe relación entre la denominación de las dimensiones y la información que proporciona sus ítems					x
4	Las instrucciones y los ítems del instrumento están diseñados para recabar información pertinente y objetiva sobre la variable PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales					x
5	El instrumento está elaborado acorde a las actualizaciones de conocimiento científico, tecnológico, innovación inherente a la variable PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL.				x	

6	Los ítems del instrumento reflejan autenticidad y originalidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación					X
7	Los ítems del instrumento son suficiente en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores			x		
8	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación responden a los objetivos y variables de estudio				x	
9	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					x
10	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL.				x	
11	La relación entre la técnica y el instrumento propuesto responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación					x
12	La relación de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento					x
	Puntaje parcial			03	12	40
	Puntaje total			55		

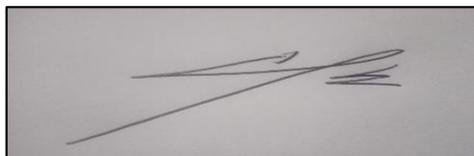
III.- OPINION DE APLICABILIDAD

4.- El instrumento tiene ítems y aspectos suficientes para describir las intenciones de la investigación..... (x)

5.- El instrumento debe de ser reformulado porque sus ítems no se ajustan a las variables de estudio por lo tanto no es aplicable ()

6.- El instrumento es aplicable porque muestra consistencia y los indicadores se ajustan a las variables de estudio (x)

Lugar y fecha: Lambayeque, 20 de Enero del 2022



Dr. Sevilla Exebio, Julio César
CSP 311

ANEXO 04

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

I.- INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Experto: Dr. Ravines Zapatel, Carlos Edmundo

Institución donde labora: Escuela Profesional de Sociología (FACHSE-UNPRG)

Título Profesional: Lic. En Sociología

Grado/Mención: Dr. en Sociología

Instrumento de evaluación: Ficha técnica

Variable: DEPENDENCIA EMOCIONAL.

Autor/a: Peralta Burga Yanira Danitza

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1= Muy deficiente

2= Deficiente

3= Aceptable

4= Buena

5= Excelente

N	INDICADORES	ESCALAS				
		1	2	3	4	5
1	Los ítems están redactados son claros y precisos y guardan relación con los sujetos muestrales					x
2	Respeto los derechos de información a la privacidad					x
3	Existe relación entre la denominación de las dimensiones y la información que proporciona sus ítems					x
4	Las instrucciones y los ítems del instrumento están diseñados para recabar información pertinente y objetiva sobre la variable DEPENDENCIA EMOCIONAL en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales.					x
5	El instrumento está elaborado acorde a las actualizaciones de conocimiento científico, tecnológico, innovación inherente a la variable de DEPENDENCIA EMOCIONAL.				x	

6	Los ítems del instrumento reflejan autenticidad y originalidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación					x
7	Los ítems del instrumento son suficiente en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores			x		
8	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación responden a los objetivos y variables de estudio				x	
9	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación					x
10	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable de DEPENDENCIA EMOCIONAL.				x	
11	La relación entre la técnica y el instrumento propuesto responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación					x
12	La relación de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento					x
	Puntaje parcial			03	12	40
	Puntaje total			55		

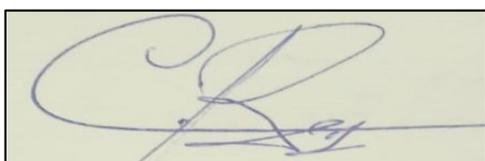
III.- OPINION DE APLICABILIDAD

4.- El instrumento tiene ítems y aspectos suficientes para describir las intenciones de la investigación..... (x)

5.- El instrumento debe de ser reformulado porque sus ítems no se ajustan a las variables de estudio por lo tanto no es aplicable ()

6.- El instrumento es aplicable porque muestra consistencia y los indicadores se ajustan a las variables de estudio (x)

Lugar y fecha: Lambayeque, 03 de Febrero del 2022.



Dr. Ravines Zapatel, Carlos Edmundo
CSP 208

ANEXO05:

IDE

HOJA DE RESPUESTAS

HOJA DE
RESPUESTAS

EDAD:		FECHA:			
SEXO: F	M	PAREJA ACTUAL:	SI	NO	

1. RARA VEZ O NUNCA ES MI CASO
2. POCAS VECES ES MI CASO
3. REGULARMENTE ES MI CASO
4. MUCHAS ES MI CASO
5. MUY FRECUENTE O SIEMPRE ES MI CASO

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

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 dedicarle a mi pareja.
8. Durante mucho tiempo he vivido para mi pareja.
9. Me digo y redigo: “¡Se acabó!”, pero luego necesito tanto a 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 insostenible la soledad que se siente cuando se rompe con una pareja.
14. Reconozco que sufro con mi pareja, pero estaría peor sin 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 fracase.
20. Me importa poco que digan que mi relación de pareja es dañina, no quiero perderla.
21. He pensado: “Que 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.

SIGA ADELANTE

30. Descuido algunas de mis responsabilidades laborales y/o académicas por 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 mis cuando estoy con mi pareja.
33. Me cuesta concentrarme en otra cosa que no sea mi pareja.
34. Tanto el ultimo 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 de 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 quiera pasar un tiempo solo(a).
40. Suele postergar algunos de mis objetivos y metas personales por dedicarme a mi pareja.
41. Si por mí fuera, me gustaría vivir en una isla con mi pareja.
42. Yo soy solo para mi pareja
43. Mis familiares y amigos me dicen que he descuidado mi persona por dedicarme a mi pareja.
44. Quiero gustar a mi pareja lo más que pueda.
45. Me aisló 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 la vida sin mi
48. No puedo dejar de ver a mi pareja
49. Vivo para mi pareja.

FIN DE LA PRUEBA

ANEXO06:

SESIÓN 03

“Emociones, pensamientos y conducta”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Repaso de contenidos y determinar la reacción de las mujeres frente a diversas situaciones.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Retroalimentación de la sesión anterior y motivación.	Exploración.	Se realiza una breve retroalimentación de la sesión anterior y se les pregunta ¿Cuándo alguien te ofende, lastima, maltrata o violenta como reaccionas?	Técnica de participación: lluvia de ideas.	10 min
Determinar la reacción de las mujeres frente a diversas situaciones propias.	Desarrollo	“La caja de los secretos”; de forma abierta, se pregunta ¿Cómo suelen pensar las personas con dependencia emocional? ¿Cómo suelen sentir las personas con dependencia emocional? ¿Cómo suelen actuar? ¿Cuáles les pasa a ustedes?	Técnica de participación: lluvia de ideas.	10 min.
Repaso de los contenidos y generar un espacio psíquico atemporal de sosiego.		“Mi lugar especial”; se genera un espacio de emociones positivas que brindarán seguridad y confianza a cada participante. Asimismo, se entrena en ejercicios de respiración que regulan el equilibrio.	Técnicas grupales: análisis	25 min
Analizar y consolidar el aprendizaje expuesto.	Cierre	“La galleta de la suerte”; En esta dinámica de cierre se propone imitar el mensaje de fortuna o suerte de las galletas. Se les debe comentar a las participantes que son las galletas de la fortuna. Se da unos minutos para que escriban un breve deseo. El mismo debe estar dirigido a todo el grupo. Al azar se toma un papel y se lee en voz alta.	Dinámica de cierre	5 minutos.

SESIÓN 04

“Autoestima”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.

- **Tiempo de duración :** 55 minutos.

II. OBJETIVOS:

Con las participantes conocer y analizar el concepto de autoestima.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Que las participantes vayan perdiendo el miedo a desenvolverse frente a otros	Exploración	“A la señal”, todas las participantes estarán sentadas formando un círculo, el juego consiste en que tendrán que caminar alrededor de las sillas hasta que se dé una señal para que todas tomen asiento, hará falta una silla y la persona que se quede tendrá que cumplir un reto.	Técnica de integración	5 min
Conocer y analizar el concepto de autoestima	Desarrollo	Se pregunta que entienden por autoestima, y se realizarán cartillas que se pegarán en papelotes para vista de todos y se concluye la definición	Técnica de participación: lluvia de ideas	15 min
Generar un conocimiento de autoestima más profundo		Se realizan las preguntas ¿Desde que edad se construye la autoestima? ¿De que manera? Consideramos todas las respuestas, se les da las respuestas, así ella podrá entender porque su autoestima está baja. Se les explica algunas acciones que pueden afectar el crecimiento de la autoestima. Se les refiere que en el entorno familiar no necesariamente se sentencia para toda la vida nuestro nivel de autoestima, ya que cada una tiene la capacidad de alimentar la confianza y amor propio.	Técnicas grupales: análisis	20 min

Introyectar lo aprendido	Cierre	“El globo rojo”; cada una tendrá un globo inflado en la que escribirá una frase toxica que haya escuchado durante su niñez o adolescencia dentro del hogar. Sentadas formando una media luna, cada una se pondrá de pie y leerá la frase, expresará que eso no es cierto y pinchará el globo. Para finalizar se les pide contar como se sintieron y	Dinámica de cierre	15 min
--------------------------	--------	---	--------------------	--------

		se fortalece la idea de que son valiosas.		
--	--	---	--	--

SESIÓN 05

“Alta y baja autoestima”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 60 minutos.

II. OBJETIVOS:

A las participantes ampliarles el conocimiento de autoestima direccionándolo a personas dependientes emocionales.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Reconocer cualidades positivas	Exposición	Las participantes se agrupan en círculo en grupos pequeños, cada participante saldrá al centro y sus compañeros dirán: “yo percibo en ti...” (Mencionando su nombre y reconociendo algo positivo en el presente ya sea de su aspecto físico, carácter, etc.).	Técnica de integración	10 min
Ampliar el conocimiento sobre autoestima	Desarrollo	Se divide a las participantes en tres grupos y a cada uno se les entrega varias cartillas que contienen escrito algunas acciones que reflejan un bajo nivel de autoestima y por otro lado un buen nivel de autoestima. Ellas tendrán que seleccionar que acciones pertenecen a que nivel de autoestima y si creen que se identifican con ellas. Al finalizar tendrán que pegar las cartillas de acuerdo a lo que se les pidió en papelotes.	Técnicas grupales: análisis	25 min
Conocer la autoestima en personas dependientes		Se realiza la explicación de cada actitud dando cuenta de por qué descubren baja o alta autoestima. Se tiene que direccionar la explicación hacia los aspectos bastante deteriorados de las participantes, como son: La confianza	Exposición y reestructuración cognitiva	25 min

		en ellas mismas, en sus capacidades, su modo de actuar, de pensar, de ser (autoeficacia). La convicción de su valor como ser humano, actitud positiva hacia la vida, el inherente derecho que tiene a ser feliz, la satisfacción y bienestar al expresar adecuadamente lo que siente, piensa, sus necesidades, sus deseos, que es merecedor de respeto, amor, amistad, etc., (auto dignidad).		
Crear un espacio recreativo donde el grupo pueda manifestar aspecto positivos y negativos	Cierre	“Afiche Retrospectivo”, tiene como objetivo elaborar un afiche dónde las integrantes podrán sintetizar lo experimentado en la sesión. Para comenzar se les pedirá a todas las participantes que de manera individual reflexionen sobre algunas preguntas, se les solicitará que armen un afiche por equipo. Para esto el facilitador o facilitadora deberá poner a disposición cartulinas, lápices, marcadores, etc. Para finalizar se presentan los trabajos en grupo grande.	Retroalimentación	10 min

IV. ANEXOS

BAJA AUTOESTIMA:

- Se siente inferior.
- Tiene comentarios despectivos sobre sí misma.
- No se ocupa de su imagen.
- Toma decisiones con dificultad.
- Lloro con frecuencia al afrontar situaciones difíciles.
- Siempre busca agradar a los demás.
- Se siente mal al estar sola.
- Es sumisa.
- No defiende sus derechos.
- No expresa sus emociones.
- Necesita de la aprobación de los demás para sentirse bien consigo misma.
- Es dependiente y reservada.
- No sonríe.
- Carece de seguridad e iniciativa ante otros, etc.

ALTA AUTOESTIMA

- Tiene valores y principios concretos.
- Actúa con confianza.
- Dispuesto a aprender y mejorar.
- Se aprecia a sí misma.
- Busca tener paz y felicidad.
- Se aleja de situaciones que le generan sentimientos y/o vivencias negativas.
- Reconoce sus capacidades.
- Se hace respetar

SESIÓN 06

“Habilidades sociales”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.

- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Fortalecimiento de habilidades sociales en las participantes.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Reconocer cualidades positivas	Exploración	Se les explica que significan las habilidades sociales, la importancia que tienen y se les da a conocer en que consiste cada una de ellas con ejemplos. Se incluirán conceptos respecto a formas de comunicación, conductas paralingüísticas, conductas no verbales, etc.	Técnica expositiva	10 min

Motivar a las colaboradoras a prestar atención	Motivación	<p>“Caliente/frío-abrazo/espaldas”</p> <p>Las participantes se dispersan por el salón y ante la señal de caliente buscan una pareja y la abrazan durante 60 segundos, en la señal de frío buscan otro compañero y se ponen de espaldas; situaciones intercaladas en tiempo, velocidad y participantes.</p>	Dinámica grupal	5 min
--	------------	--	-----------------	-------

Poner en práctica lo aprendido	Desarrollo	Se presentará a las participantes algunos casos de la vida cotidiana que deberán dramatizar poniendo en práctica las habilidades sociales indicadas. (Conductas asertivas, adecuado volumen y tono de voz al hablar, adecuados contacto visual y postura, expresión de emociones, etc.). Las mujeres serán divididas en parejas para dramatizar los casos poniendo en práctica las habilidades sociales.	Role Playing	25 min
Analizar y compartir los puntos de vista	Cierre	Para cerrar la sesión se discute junto a ellas, que aspectos de las habilidades sociales son las que faltan mejorar y se les recuerda que son herramientas que facilitan a la persona comportamientos saludables con los demás. Se les invita a iniciar ensayos autodirigidos en su vida cotidiana.	Retroalimentación	10 min

SESIÓN 07

“Asertividad”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Conocer y desarrollar la “asertividad” en las participantes .

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
----------	---------	-----------	------------	--------

Reconocer cualidades y defectos	Exploración	“Lo que dicen de mí” A las participantes se les colocará una hoja de trabajo pegada en la espalda, donde todos los demás escribirán varias cualidades	Técnica de integración	10 min
---------------------------------	-------------	--	------------------------	--------

		positivas de la persona, asimismo 1 defecto que consideren. Así sucesivamente todo el grupo deberá participar. Luego se hará un análisis personal y cada participante se hará responsable de aceptar o no lo que dicen en su hoja sobre él o ella. Al finalizar se le pedirá que elaboren con ambas listas un autoconcepto de sí mismo. Se leerá los aspectos positivos y negativos anteponiendo yo soy...		
Análisis situacional y conductual	Desarrollo	Se les pide a las participantes que se sienten formando un círculo y la encargada tendrá que escenificar tres distintas reacciones que tienen las personas frente a una situación complicada, o un problema, (pasiva, agresiva y asertiva). Las participantes tendrán que analizar las situaciones y dar su punto de vista respecto a la reacción que les parece más adecuada.	Role playing	10 min
Conceptualización y conocimiento del asertividad	Desarrollo	Las participantes tendrán que representar cómo actuar asertivamente frente a los casos muy parecidos a los que pasan día a día que se les planteará. Se finaliza reiterando la importancia que tiene el asertividad para hacer valer nuestros derechos. Se les recalca que cada una de ellas merece ser escuchada y respetada en cuanto a sus necesidades, deseos, pensamientos y demás lo que entenderán con mayor claridad ya que se trabajó previamente sesiones sobre autoestima.	Role playing	25 min
Expresión de pensamientos y emociones	Cierre	Paradas y formando un gran círculo las participantes pronunciarán su frase en voz alta para comunicarse el grupo. Luego se pegará sobre un afiche que estará pegado en una de las paredes.	Retroalimentación	5 min

SESIÓN 08

“Pensamiento erróneos y pensamientos saludables”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación y reestructuración de pensamientos irracionales en las participantes.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Introducción a la temática a tratar	Exploración	“Enredados” Las participantes se distribuirán en grupos pequeños para coordinar el trabajo en equipo y colaborar en el planteamiento de soluciones, formados en círculo se le indica que levanten la mano derecha y se tomen con su compañero de frente y con la mano izquierda con cualquier compañero, una vez tomados todos de la mano la consiga es liberarse como equipo sin soltarse sino perderán el juego. Se realiza la lluvia de ideas preguntando a las participantes facilitando una breve discusión al respecto.	Técnica de integración, lluvia de ideas	5 min
Conceptualización de pensamientos	Desarrollo	Se explicará el tema, empezando con la siguiente pregunta: ¿Qué son los pensamientos? Luego, se indica que existen distintos tipos de pensamientos que producen efectos en el estado de ánimo y conductas. Se genera una lluvia de ideas y se recoge estos pensamientos para ejemplos posteriores. ¿Cómo suelen pensar las personas con dependencia emocional? ¿De estos pensamientos con cuales te identificas? Se enfatiza en los pensamientos negativos y pensamientos saludables con ejemplos breves.	Lluvia de ideas	10 min
Profundizar el conocimiento de los pensamientos en las colaboradoras	Desarrollo	“Usando tus pensamientos para cambiar tu estado de ánimo” Se inicia con un ejercicio de respiración, continuamente se aumenta el número de pensamientos saludables, para ello en una hoja bond se plasma ideas acerca de cada participante y de la vida en general, se discute tales pensamientos. Las participantes comienzan a felicitarse	Técnica de exposición, lluvia de ideas e identificación de pensamiento irracionales.	30 min

		<p>mentalmente por cada pensamiento bueno donde inician el proceso de darse cuenta de conductas adecuadas. Luego, cada participante se imagina con será su vida dentro de 3 y 5 años.</p> <p>“Disminuye los pensamientos que te hacen sentir mal”, se inicia con la interrupción de un pensamiento irracional, se le enseña a la participante como identificarlo a través de ejemplos tomados de la actividad anterior y como reemplazar esta idea por un pensamiento más adaptativo. Asimismo, se le enseña cómo aplicar un “tiempo para preocuparse” que puede ser de 10 a 20 minutos donde fluyen los pensamientos automáticos y tener el resto del día libre de preocupaciones.</p>		
Cohesión grupal	Cierre	Se cierra la sesión con ejercicios de abrazos compartidos. Se promueve una despedida cálida entre las participantes para fomentar la cohesión grupal mediante el abrazo del grupo.	Reflexivo	5 min

SESIÓN 09

“Tolerancia a la soledad y toma de decisiones”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación y reestructuración de pensamientos irracionales.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Motivación y apertura	Exploración	<p>“Reconociéndote”</p> <p>Las participantes forman un círculo, donde escogen 1 participante quien tendrá que ser vendado de la vista e intentar reconocer a sus compañeras solamente con el tacto de sus manos y rostros; luego se intercambia de participantes para seguir el reconocimiento.</p>	Técnica de integración, lluvia de ideas.	10 min

Fomentar la reflexión sobre aquellas creencias que presentamos y que nos dificultan el desplegar responsabilidades	Desarrollo	Se pondrá en práctica ejercicios de respiración, reevaluación positiva: consiste en dar un giro a la situación, de forma que dejemos de verla como una situación negativa y el auto diálogo: consiste en decirse a uno mismo mensajes positivos, del tipo “Estoy muy tranquila, esto no me puede afectar”. Repaso de los contenidos aprendidos durante la sesión. Reafirmar la importancia de la igualdad de género como medio para poder tomar decisiones responsables que nos permitan asumir nuestras responsabilidades sin perder nuestra autonomía.	Técnica de imaginación guiada	25 min
Cohesión grupal y retroalimentación.	Cierre	“La Clausura”, Se les pide a las participantes que sigan a la encargada en silencio hasta el exterior y que no hablen durante todo el ejercicio. Cuando las participantes llegan al área designada, se les pide que se esparzan en un círculo grande mirando hacia afuera de modo que no vean a nadie. Se les pide que volteen lentamente y miren hacia adentro, que experimenten el sentimiento de ser ellas mismas. Se les debe dejar cuando menos dos o tres minutos. Cuando se han reunido todas, se les pide que tomen tiempo para que experimenten el sentimiento de ser un grupo. De nuevo darles dos o tres minutos. Luego se les pide que formen un círculo estando hombro con hombro, con los brazos entrelazados. Les pide que se vean todas entre sí. Luego se les pide que dejen caer los brazos a los costados y se muevan tres pasos hacia atrás. Finalmente, la facilitadora pide a las participantes que volteen hacia afuera y que caminen al lugar donde estuvieron antes. Después de un minuto aproximadamente les anuncia que el ejercicio y el taller ha terminado. Se los guía a un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.	Dinámica de reflexión	15 min

SESIÓN 10

“Autonomía y actividades saludables”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 55 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación de hábitos positivos y conceptualización de autonomía en las participantes.

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Reconocimiento y resolución de problemas	Exploración	“Soy el problema y la solución” Las participantes de pie dispersas en el ambiente identifican un problema, adoptan la expresión corporal del problema desde pensamientos, postura, emociones, en seguida recuerdan una situación de triunfo, éxito o bienestar, adoptan la postura, emoción y pensamientos para resolver el problema planteado e integrar las polaridades.	Técnica de exposición y resolución de problemas	10 min
Reconocimiento de hábitos positivos	Desarrollo	“Actividades relajantes positivas” Se motiva a las participantes a elegir de una lista de actividades relajantes cuales son aquellas que disfrutaban más ahora - antes y que logran emociones positivas, se refuerza a practicarlas cada vez que existe alguna emoción desagradable.	Técnica de reestructuración cognitiva	25 min
Conceptualización de autonomía	Desarrollo	Se solicita a las participantes que definan con una palabra lo que significa para ellas autonomía. Se brinda indicaciones sobre cómo fortalecer la autonomía a nivel personal, familiar y social.	Lluvia de ideas	15 min

Cohesión grupal	Cierre	<p>“Te ofrezco mi corazón”</p> <p>La encargada invita al grupo a ubicarse en círculo en el centro de la sala.</p> <p>Entrega a cada participante un corazón de cartulina y les pide que escriban su nombre en él.</p> <p>Se pide a las participantes que observen a sus compañeras, que recuerden los momentos vividos durante las sesiones, los días de trabajo, las tareas compartidas, las actividades realizadas, los momentos de risa, los de cansancio, los de aprendizaje.</p> <p>A partir de estos recuerdos se les pide que elijan (por afinidad, por la oportunidad de conocerlo, por lo compartido, por su esfuerzo, etc.) a una compañera al que le ofrecen su corazón.</p>	Dinámica reflexiva integrativa	5 min
-----------------	--------	---	--------------------------------	-------

SESIÓN 11

“Técnicas de control ante situaciones de miedo y angustia”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación de pensamientos intrusivos en las participantes ante situaciones de miedo y angustia.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Reconocimiento de problemas	Exploración	Se iniciará la sesión pidiéndoles recordar una situación en la que por el miedo a la ruptura y/o miedo a la soledad dejaron pasar por alto una actitud humillante de la pareja.	Técnica de reflexión	5 min
Reflexión profunda acerca de sus miedos	Desarrollo	Se les pide identificar que como se sintieron en ese momento en que percibieron la amenaza de ser abandonadas. ¿Qué sentiste? ¿cómo reacciono tu cuerpo? ¿qué indicadores físicos se presentaron en ese	Identificación de pensamiento irracionales	20 min

		momento? ¿Qué ideas te invaden? ¿qué te llevo a hacer ese miedo? ¿fue una decisión muy bien pensada? ¿te sentiste completamente bien luego de actuar de ese modo? Todo ello se plasmará en un papel.		
Identificar pensamientos intrusivos y darles solución	Desarrollo	La encargada tendrá que explicar sobre los mensajes verbales positivos que se pueden hacer también mentalmente son una forma de ayudar a aliviar la angustia sentida en ese momento. Tales como; “ puedo tranquilizarme”, “estando así no podré actuar correctamente”, “puedo analizar mejor lo que él esa haciendo”, etc.	Entrenamiento en auto instrucciones	20 min
Mejorar la comunicación e identificar las personas que toman iniciativa.	Cierre	” El círculo” Se pedirá a las integrantes del grupo que se pongan en círculo y se tomen de las manos. Después, se les dirá que vayan formando distintas figuras, estando unidas de las manos. Por ejemplo: un triángulo, una estrella, una casa, etc. Lo realmente importante de esta dinámica no es el resultado de las figuras, sino cómo fluye la comunicación y cuáles son las personas que toman la iniciativa a la hora de realizar los ejercicios. Para finalizar, debe haber un espacio de reflexión en el que se aborden estos temas y todas las integrantes del grupo tengan la oportunidad de expresar su opinión.	Dinámica, reflexiva, integrativa.	5 min

SESIÓN 12

“Momentos de soledad necesarios y saludables”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Autorreflexión, reestructuración del tiempo y reconocimiento del valor de sí mismas.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
----------	---------	-----------	------------	--------

Auto reflexión	Exploración	Se empieza la sesión con las preguntas: ¿En qué momento se sienten solas? ¿Qué emociones presentan en esos momentos? Y, ¿que optan por hacer en esos momentos. Las participantes por la dependencia emocional que atraviesan evitan la soledad porque temen encontrarse con ellas mismas debido entre otras cosas a la baja autoestima, por lo mismo se trabajó en ellos en las primeras sesiones.	Exposición	5 min
Reestructuración del tiempo	Desarrollo	Se les señala que al margen de estar o no con una pareja, habrá momentos de soledad que podemos aprovechar para hacer muchas cosas con nosotras mismas. Que, así como hay tiempo para estar con la pareja, con los amigos, con los hijos, u otras personas, merecemos un tiempo para nosotras mismas.	Reestructuración cognitiva	20 min
		Se les pide que hagan una lista de posibles actividades que les gustaría llevar a cabo en ese tiempo personal. Les sugerimos ser muy creativas. Cada una se comprometerá a cumplir con las ideas que plantearon en las próximas oportunidades que se encuentren o sientan solas.		20 min
Reconocer su valor	Cierre	“Yo soy y puedo”. Se les reparte imágenes de mujeres y debajo de cada ilustración escribe el texto “Yo soy una mujer y puedo...” La encargada indicará una acción y los participantes tendrán que levantar la tarjeta del personaje que lo puede hacer o ambas, si creen que no hay diferencias entre que lo haga un varón o una mujer. El juego trata de hacer ver que todos pueden hacer las mismas cosas: reír, estudiar, correr, cocinar, llorar, barrer o coser. Si durante el juego las participantes no levantan su tarjeta tendremos que preguntarle por qué cree que	Dinámica reflexiva integrativa	5 min

		no está capacitado para hacer esa acción.		
--	--	---	--	--

SESIÓN 13

“Conductas poco saludables”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 50 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación de pensamientos irracionales y conductas poco saludables en las participantes.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Introducción a la temática	Exploración	La encargada explicará que el miedo a la ruptura conlleva en muchas ocasiones a tolerar actos impropios de la pareja con tal de no perderla. Se da un ejemplo; permitir que nos aparte de los amigos por sus celos, tolerar humillaciones frente a nuestros hijos, etc.	Técnica de exposición.	15 min
Identificación de pensamiento irracionales	Desarrollo	Las participantes tendrán que dividirse en dos grupos de la misma cantidad y proponer ejemplos de conductas poco saludables que algunas mujeres manifiestan por el miedo a ser abandonadas por sus parejas. Lo realizarán en papelotes.	Reestructuración cognitiva	15 min
		Cada grupo frente a las demás, dará a conocer lo trabajado y opinaran al respecto.		10 min
Analizar y compartir los puntos de vista	Cierre	La encargada discutirá con todas las participantes por qué	Retroalimentación	10 min

de las participantes		estas conductas resultan ser muy dañinas para las mujeres. Se terminará la sesión con una despedida cálida entre las participantes para fomentar la cohesión grupal mediante el abrazo de grupo.		
----------------------	--	--	--	--

SESIÓN 14

“Yo me defiando”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 55 minutos.

II. OBJETIVOS:

Identificación y aplicación de conductas asertivas frente a situaciones de maltrato.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Introducción a la temática	Exploración	Se iniciará la sesión con muestras distintas de situaciones en las que la pareja quiere imponerse ante la mujer, o maltratarla psicológica o físicamente.	Role playing	15 min
Identificación y ejecución de lo aprendido	Desarrollo	Se realizará la técnica conocida como role playing, se les pide a las participantes realizar una representación de una pareja en la que existe maltrato hacia la mujer y reacciones más asertivas que pudiera tener ella. Se las divide en pares y tendrán que turnarse el papel de agresor y agredida siguiendo los casos que se les entregará en cartillas. Cada pareja ejecuta el role playing.	Role playing	25 min
Analizar y compartir los puntos de vista de los participantes	Cierre	Para finalizar la sesión se pondrá en práctica ejercicios de respiración, reevaluación positiva: consiste en dar un giro a la situación, de forma que dejemos de verla como una situación negativa y el auto diálogo: consiste en decirse a uno mismo mensajes positivos, del tipo “Estoy muy	Reevaluación cognitiva	15 min

		tranquila, esto no me puede afectar. Se terminará la sesión con un abrazo grupal.		
--	--	--	--	--

SESIÓN 15

“Responsabilidad de sí mismas y proyecto de vida”

I. DATOS GENERALES:

- **Población:** 20 mujeres.
- **Tiempo de duración :** 55 minutos.

II. OBJETIVOS:

Planteamiento de un proyecto de vida en las participantes.

III. DESARROLLO

OBJETIVO	MOMENTO	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA	TIEMPO
Introducción a la temática	Exploración	“Te atreves a soñar”, Se presenta un video donde se promueve la realización de los sueños y salir de la zona de confort hacia la zona de aprendizaje, la cual depende de la responsabilidad de cada uno el intentarlo o no hacerlo. Se reflexiona acerca de las posibilidades ilimitadas de las personas, así como el miedo a perder, a lo desconocido, a las opiniones de los demás. Cada participante brinda su opinión del video y lo relaciona con su vida actual.	Modelado visual	15 min
Que las colaboradoras planteen un proyecto de vida	Desarrollo	Se formula una pregunta, ¿Cómo te visualizas de aquí a 3 años? ¿a 5 años? Presentar una caricatura para reflexionar sobre la responsabilidad de ser felices. Promover el diálogo preguntando al grupo si nuestra felicidad depende de otros.	Autorreflexiva	25 min

		<p>Presentación de la gráfica del árbol para facilitar la orientación del proyecto de vida. Se animará a las participantes que dibujen su árbol y que generen compromisos desde cada área trabajada en las sesiones del taller para asumirlo como prácticas de vida a corto, mediano y largo plazo. Presentación oral y escrita del concepto de proyecto de vida utilizado en el taller. Apoyo para que las participantes se tracen metas alcanzables y realistas de acuerdo a la guía gráfica del árbol de proyecto. La encargada manifestará ideas de fuerza en relación al tema desarrollado indicando la importancia de no dejar de lado nuestro propio bienestar y cuidado por atender a las responsabilidades domésticas y familiares.</p>	Retroalimentación	15 min
<p>Analizar y compartir los puntos de vista de los participantes</p>	Cierre	<p>Se realiza la temática “un mundo perfecto”, donde se visualiza un lugar y tiempo sin problemas, dificultades, quejas, contratiempos, etc. Recapitando en lo aburrido que sería una vida sin retos, y la necesidad de las crisis internas y externas para poder crecer y desarrollarnos, teniendo en cuenta la actitud optimista y el sentido de humor por sobre todas las cosas. Se agradece por la participación a las sesiones realizadas y se da el cierre al programa.</p>		



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Yanira Danitza Peralta Burga
Título del ejercicio:	Tesis turnitin
Título de la entrega:	Programa cognitivo conductual en mujeres que sufren viole...
Nombre del archivo:	TESIS_YANIRA_PERALTA_BURGA_JULIO_2022.docx
Tamaño del archivo:	653.36K
Total páginas:	109
Total de palabras:	25,928
Total de caracteres:	142,955
Fecha de entrega:	27-ago.-2022 04:39p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	1887952400



Programa cognitivo conductual en mujeres que sufren violencia familiar con dependencia emocional atendidas en un centro de salud de Lambayeque

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	1pdf.net Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%

9	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
11	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	xdoc.mx Fuente de Internet	<1%
14	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%
15	www.psicologia-online.com Fuente de Internet	<1%
16	documentop.com Fuente de Internet	<1%
17	Submitted to Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Trabajo del estudiante	<1%
18	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1%
19	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1%
20	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	

		<1 %
21	edoc.pub Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Tecnológica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
24	repositorio.utelesup.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	bibliotecas.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia Trabajo del estudiante	<1 %
27	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

31	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
32	1library.co Fuente de Internet	<1 %
33	psicologoslr.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
34	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
35	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
36	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
37	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, DANTE ALFREDO GUEVARA SERVIGON, usuario revisor del documento titulado :

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR CON DEPENDENCIA EMOCIONAL ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD DE LAMBAYEQUE -2018

Cuyo autor es , YANIRA DANITZA PERALTA BURGA

Identificado con documento de Identidad 47592747 ; declaro que la evaluación realizado por el programa informático , ha arrojado un porcentaje de similitud de 16% verificable el Resumen de Reporte automatizado de similitudes que se acompaña .

El suscrito analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituye plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso .

Lambayeque , 12 de SEPTIEMBRE del 2022



YO ,Dr. Guevara Servigón, Dante Alfredo
DNI 16623450