



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**  
**PSICOLOGIA EDUCATIVA**

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIRIGIDO A PERSONAS  
CON CODEPENDENCIA, BASADO EN UN ENFOQUE  
COGNITIVO CONDUCTUAL”.**

**MODALIDAD DE TESIS:**

**INFORME DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL  
(INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA)**

**Presentan:**

**ARTURO FERNÁNDEZ LÓPEZ**

**ROCÍO SALAZAR RUIZ.**

**Asesor:**

**PEDRO BOLLÁS GARCÍA.**



**México, D.F., Octubre de 2012.**

## ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos General y Específicos	7
Marco referencial	8
Capítulo 1 Farmacodependencia	8
1.1 Que son las drogas y que se entiende por adicción	9
1.2 Diferentes grupos de drogas de abuso	11
1.3 Cómo actúan las drogas en el sistema nervioso central	13
1.4 Problemas familiares, consecuencia de la farmacodependencia	14
1.5 Asesoramiento profesional, tratamiento médico y atención Psiquiátrica.	17
Capítulo 2 La Dependencia Emocional	19
2.1 Definición de dependencia	20
2.2 Causas de la dependencia emocional.	21
2.3 Características de la dependencia femenina y masculina	22
Capítulo 3 La Codependencia	50
3.1 Definición Codependencia	50
3.2 Tipología de la Codependencia	52
3.3 Identificando a un Codependiente	53
3.4 Codependencia y el sistema familiar adictivo	60
	64

Capítulo 4	Terapia Cognitivo Conductual	
4.1	Antecedentes	64
4.2	La terapia cognitivo conductual	71
4.3	Técnicas de aplicación de TCC	86
Capítulo 5	Procedimiento	100
5.1	Escenario	100
5.2	Población	101
5.3	Instrumentos	102
5.4	Carta descriptiva	104
5.5	Programa de Codependencia	105
5.6	Fases de Intervención	114
5.7	Análisis de resultados	115
	Conclusiones	128
	Referencias	131
	Anexos	133
	Anexo 1. Cuestionario de Codependencia	134
	Anexo 2. Contrato	139
	Anexo 3. Cuadro de autoregistro	140
	Anexo 4. Cuadro de registro 2	141

## RESUMEN

El problema de la farmacodependencia alcanza altos niveles en la población mundial, los profesionales que se dedican al tratamiento de estas personas, también se ven obligados a trabajar con los familiares que se ven afectados como resultado de su relación cercana con alguien de la familia que tiene una dependencia química.

A esta afectación familiar desde la década de los setenta se le llamó Codependencia, y es tan alta e importante que va en relación directa con los niveles mundiales de farmacodependencia.

Se planteó como objetivo general, diseñar una propuesta de intervención, dirigida a personas que presentan problemas de Codependencia, ya que esta es un área del perfil de egreso del psicólogo educativo de la Universidad Pedagógica Nacional.

La intervención se realizó a 30 personas (5 hombres y 25 mujeres), con problemas de Codependencia en el Centro Integral de Adicciones (CINADIC), ubicado en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Se aplicó un Instrumento escala tipo Likert, a manera de Pre Test, para conocer el nivel de Codependencia, después se aplicó el programa de intervención para buscar la reducción del problema, con un enfoque TCC (Terapia Cognitivo Conductual) y en la tercera aplicación, se utilizó el mismo instrumento como Post Test, para verificar si se presentó modificación en la Codependencia.

A través de las medias obtenidas en la aplicación inicial y final de este Programa de intervención, se observó que con su aplicación, las conductas de los participantes mejoraron significativamente, pasando de conductas Codependientes a conductas no Codependientes.

## INTRODUCCIÓN

“La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar: por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida, y por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres.”

Cervantes, S. M. (1605 y 1615).

Se dice que la codependencia, es una forma de convivir con el sufrimiento y ésta va ligada con la farmacodependencia que actualmente alcanza niveles insospechados de afección.

Los profesionales que se dedican al tratamiento de estas personas, también se ven obligados a trabajar con la familia, que al resultar afectados por su familiar, también requieren de atención.

El término codependencia es poco usual y a veces se llega a confundir con dependencia emocional. En algunos artículos informales, se utiliza el término de codependencia, siendo que en la literatura psicológica, el término aparece escasamente y no tiene el estatus de otros constructos como el de dependencia emocional, esto nos lleva a considerar la necesidad de ampliar las características identificadas de ella.

Por lo general, esto sucede en un ambiente donde uno de los participantes es adicto al alcohol o las drogas (farmacodependiente), siendo en mayores ocasiones el hombre y el otro la mujer (la víctima), aunque en esta época donde la farmacodependencia ha llegado a porcentajes de 55/45 % (encuesta de la ENA 2008), la farmacodependiente puede ser la mujer y la víctima el hombre.

Es importante considerar si el factor dependencia emocional, es una constante en la relación de pareja codependiente o si la farmacodependencia es el único factor presente en dicha relación. Así mismo es conveniente conocer el papel que juega la dependencia

emocional, las relaciones destructivas en la familia disfuncional, identificando si son factores que ejercen una influencia significativa sobre una pareja codependiente, entendiendo que *codependiente es aquella persona que ha permitido que la conducta de otra persona le afecte, y que está obsesionada con controlar la conducta de ésta (Castello, 2005)*

Todas estas reflexiones en torno a la codependencia, nos han obligado a centrar la atención desde una perspectiva psicológica para esclarecer los factores cognitivos conductuales, que se ven relacionados con la pareja codependiente.

Actualmente el campo del psicólogo educativo se ha vuelto más extenso, pudiendo desarrollarse en instituciones sociales como hospitales, asociaciones civiles, en organizaciones cuyo fin sea instruir o educa; donde cualquier ser humano pueda recibir una educación adecuada a sus necesidades.

Con esta intervención se busca reafirmar que un psicólogo educativo cuenta con todo el conocimiento para desarrollar programas de intervención, los cuales van a ser dirigidos a todo lugar o situación donde haya una población que necesite ser reeducada en conductas y comportamientos, como es en este caso, los problemas de codependencia.

Esta propuesta de intervención, basada en un enfoque cognitivo conductual, para personas con problemas de codependencia, nos permitirá que con ésta, propuesta se involucren en la resolución de sus problemas y adquieran una concepción operativa de su relación, por medio de la evaluación de sus alcances, e incluir habilidades asertivas, aprendiendo nuevas conductas, conociendo conceptos teóricos de su propio aprendizaje y la aplicación de éstos, encaminados a solucionar su codependencia.

En esta intervención, se da pauta para conocer cómo se inicia la codependencia y su funcionamiento, partiendo del problema primario que es la farmacodependencia.

En el capítulo uno, nos da una breve reseña de lo que es la farmacodependencia, ya que según la teoría nos dice que la codependencia se da en una población en la que existe algún tipo de adicción.

Se define la codependencia en el capítulo dos, detallando cuáles son sus características y determinando su diferencia con la dependencia.

En el tercer capítulo, se delimitan los factores que propician la codependencia en la mujer y el hombre, así como las características que los diferencian.

En el capítulo cuatro se esboza la secuencia histórica de la terapia cognitiva conductual y se puntualizan las razones por las cuales se consideró a la TCC, como la más adecuada para tratar la codependencia mostrando sus diferentes técnicas.

Se indicaron las técnicas aplicadas en cada una de las fases de la codependencia, que permitieron al paciente, modificar cada una de las conductas requeridas, reaprendiéndolas o transformándolas hasta llegar a su recuperación, dentro del programa de intervención propuesto.

En el capítulo cinco se muestra el procedimiento utilizado en la investigación, se describe: el escenario, los sujetos que formaron parte, los instrumentos que se utilizaron, la carta descriptiva, las fases de intervención, el análisis de resultados en sus áreas cualitativa y cuantitativa.

Al final, se enlistan las referencias bibliográficas, utilizadas en la presente intervención.

En la parte de anexos se encuentran todos los materiales utilizados antes, durante y después del proceso de diseño y la evaluación final del programa de intervención.

Para llevar a cabo la presente investigación se planteó un objetivo general y tres particulares, que son los siguientes, los cuales se alcanzaron en esta propuesta.

## **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una propuesta de intervención, dirigida a personas que presentan problemas de Codependencia, bajo un enfoque cognitivo conductual, con la finalidad de brindar una herramienta al tratamiento de la codependencia en familiares de personas con problemas de farmacodependencia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar el nivel de codependencia antes y después de aplicar el programa de intervención.
- b) Diseñar un programa de intervención, con un enfoque cognitivo, con la finalidad de facilitar la adherencia terapéutica a personas con problemas de Codependencia
- c) Comparar los resultados de las evaluaciones, buscando observar si la variable independiente fue o no modificada.



## MARCO REFERENCIAL

### CAPÍTULO 1 Farmacodependencia.

Actualmente la farmacodependencia alcanza altos niveles de afección en el ser humano, la cual invade progresivamente todas las esferas de su vida. Uno de los sueños del hombre es encontrar sustancias químicas que proporcionen satisfacciones rápidas sin consecuencias negativas para la salud. Las sustancias a las que se les ha atribuido estas características han ido cambiando con los años; el patrón de actitudes de la sociedad, ha sido similar. Encontramos consumidores que recomiendan los efectos de la sustancia de moda, lo cual lleva a que se generalice su uso. Al haber más usuarios y mayor consumo, aparecen efectos negativos y con ellos una posición más cautelosa hacia las sustancias o un gran desencanto. El sueño es recurrente y pasa de una sustancia a otra.

Inicia el cambio de actitud de las personas, producto de la emoción inicial por los efectos mágicos de la droga, hasta la aceptación de su gran potencial adictivo.

Comienza una vida diferente, encausada hacia la adicción, pero que ocurre con los familiares o la persona cercana que convive con ellos, que también se ven afectados en diferente forma. Primero enmarcaremos el problema con el adicto, y para ello necesitaremos responder a estas preguntas: ¿qué son las drogas? ¿qué es la adicción? ¿cómo actúan las drogas en el organismo y sus consecuencias? y ¿cuáles son los problemas familiares resultantes de esta farmacodependencia?

Para responder a estas preguntas, debemos entender que la historia de las adicciones, va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado y sigue utilizando a través de la historia. Actualmente, junto a las anteriores dentro de los derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, entre las que destacan la adicción al: internet, juego de azar, teléfono celular, teléfonos eróticos, sexo, compras, y a una gran variedad de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña, 1998).

En los últimos años se han incluido distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica). Se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia aunado a las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas.

### 1.1 Qué son las drogas y que se entiende por adicción.

Empezaremos por definir como *fármaco* a toda sustancia química, no alimenticia capaz de modificar las funciones de los seres vivos. Las medicinas que están catalogadas dentro de los fármacos son sustancias con propiedades curativas (Cruz, 2007).

La definición del concepto droga, es menos clara, es un fármaco capaz de generar abuso y/o adicción, analizándolo desde el punto de vista científico; pero de acuerdo al diccionario de la Lengua Española, es “una sustancia que produce efectos alucinógenos, estimulantes o sedantes y que puede crear hábito”.

Pero no todas las sustancias que llamamos drogas se apegan a esta definición, ya que algunas tienen efectos mixtos y otras no producen hábito. Un concepto que puede ser más claro y recomendable es el de sustancias psicoactivas. Con este término se puede definir a las sustancias que actúan sobre la percepción, las emociones y/o el estado de ánimo y son estos compuestos los que son motivo de abuso y pueden producir adicción. Con el término droga no referiremos a estas sustancias psicoactivas, las cuales son objeto de abuso y/o adicción.

Estas sustancias no causan adicción desde la primera vez que se consumen, para ello es importante saber distinguir entre los conceptos de abuso y adicción.

No es únicamente la cantidad o frecuencia del uso de una sustancia, sino de una combinación de ambas y del impacto que tiene el consumo sobre la conducta.

Dado que no es posible definir el abuso y la adicción, sólo en términos de la cantidad de droga consumida, se han establecido acuerdos generales basados en la experiencia colectiva de diversos países. Estos acuerdos se encuentran en libros especializados como “International Classification of Diseases” (ICD-10), y el “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales” (DSM-IV) (Cruz, 2007).

Por otro las características más importantes del abuso de sustancias es la presentación de consecuencias adversas para la persona, relacionadas con el consumo repetido de la sustancia: Estas consecuencias pueden incluir:

- a) El incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa, ej. faltar injustificadamente al trabajo, tener bajo rendimiento escolar o descuidar las obligaciones del hogar.
- b) El consumo de la sustancia en situaciones en donde el individuo se convierte en alguien físicamente peligroso, ej. al manejar máquinas o vehículos.
- c) La presentación de problemas legales relacionados con el consumo, ej. Arrestos policíacos.
- d) La presentación de problemas sociales o interpersonales continuos o frecuentes por el consumo de la sustancia, ej. discusiones familiares o violencia física.

Dentro de este apartado también abordamos el concepto de Adicción, el cual es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por la presentación en algún momento, de tres o más de los siguientes puntos, dentro de un período de doce meses.

*1) Tolerancia, definida por cualquier de los siguientes ítems:*

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuo.

*2) Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems:*

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

*3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.*

*4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.*

- 5) *Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.* (ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo (ej. fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos.
- 6) *Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.*
- 7) *Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, que parecen causados o exacerbados por el consumo* (por ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

## 1.2 Diferentes grupos de drogas de abuso.

Hay diferentes maneras de clasificar a las sustancias psicoactivas que pueden causar abuso o adicción en función de las diferentes necesidades, se hará mención de las que se basan en las propiedades farmacológicas.

Clasificaciones informales: drogas “blandas”, drogas “duras”, estupefacientes, enervantes y narcóticos.

De acuerdo con el diccionario de la Lengua Española, existen drogas blandas y drogas duras.

Las *drogas blandas* se definen como “estupefacientes que tienen poderes menores sobre el organismo”, y las drogas duras como “estupefacientes que provocan efectos graves sobre el organismo.

Según el diccionario de la Real Academia Española, una droga blanda es “la que no es adictiva o lo es en grado bajo, como las variedades del cáñamo índigo”.

Una droga *dura* es “la que es fuertemente adictiva, como la heroína o la cocaína”. Las sustancias consideradas como drogas duras son las que representan un alto riesgo sobre la salud, en estas suelen agruparse la heroína, la cocaína y las llamadas drogas de diseño.

*Estupefacientes.* El diccionario las define como “sustancias que provocan efectos sedantes, sensación de euforia y una alteración de los sentidos y cuyo consumo crea hábito”. La palabra en sí, significa “que produce estupor”.

*Enervantes.* Viene de enervar que quiere decir debilitar, quitar las fuerzas. También significa alterar los nervios.

*Narcóticos.* Según el diccionario, son “sustancias que provocan sueño y pérdida de la sensibilidad”. Este término es el que se usa en textos antiguos para referirse a los opioides.

## Clasificación jurídica

De acuerdo con esta aproximación, las drogas se clasifican en legales o ilegales. Esta clasificación es útil para propósitos de regulación, no es universal, ha cambiado y cambiará con las diferentes épocas.

La nicotina y el alcohol son las sustancias con potencial adictivo que se han legalizado en todo el mundo. La legislación particular respecto al uso y posesión de otras sustancias varía en cada país. En general, el declarar ilegal el consumo de una sustancia tiene como propósito evitar el acceso del público a compuestos que se consideran peligrosos.

## Clasificación con fines de control sanitario

Estas clasificaciones no están basadas en criterios farmacológicos. Se usan para establecer controles sanitarios por parte de las autoridades.

## Ley General de Salud de México

El artículo 245 de la Ley general de Salud, clasifica a las sustancias que pueden ser motivo de abuso en cinco fracciones en función de dos criterios principales: su utilidad clínica y su capacidad de producir adicción.

- I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública. Ej. MDMA (metilen-dioxi-metanfetamina). LSD, mescalina.
- II. Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública. Ej. algunas anfetaminas y barbitúricos.
- III. Las que tiene valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública. Ej. ergotamina, benzodiacepinas.
- IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública. Ej. antidepresivos.
- V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinan en las disposiciones reglamentarias correspondientes.

## Clasificación de la DEA

Esta clasificación hecha por la Drug Enforcement Administration (DEA), se usa en Estados Unidos y divide a las drogas en cinco categorías.

Grupo 1. Alto potencial de abuso, sin usos médicos aprobados y sólo disponibles para fines de investigación. LSD, mescalina, peyote, heroína, cannabinoides.

Grupo 2. Alto potencial de abuso, uso médico, aprobado, se pueden adquirir con recetas médicas que se surten una sola vez. Ej. anfetaminas, algunos opiáceos, barbitúricos y feniledrina.

Grupo 3. Potencial de abuso de moderado a alto, uso médico aprobado, se surten con recetas que pueden reutilizarse. Ej. anabólicos, esteroideos, algunos analgésicos combinados con codeína.

Grupo 4. Potencial de abuso moderado, uso médico aprobado, se surten con recetas que pueden reutilizarse. Ej. algunas benzodiacepinas, fenobarbital.

Grupo 5.

Bajo potencial de abuso, de uso médico, se adquieren sin receta. Ej. algunos jarabes para la tos con concentraciones bajas de codeína.

Clasificación con fines epidemiológicos

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 1988, cuyos resultados se publicaron en 1990, se clasifica a las sustancias psicoactivas en tres grandes grupos: tabaco, alcohol y drogas. Esta clasificación se consideró insuficiente para la ENA de 1993, la cual distingue cuatro grandes categorías de drogas: el alcohol, tabaco, drogas legales y drogas ilegales.

Clasificación farmacológica

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas, de los Estados Unidos (NIDA), que es el principal organismo internacional encargado de promover el estudio de las drogas de abuso, recomienda el uso de una clasificación farmacológica de estas sustancias en cuatro grandes grupos claramente diferenciables por sus efectos en el sistema nervioso central:

- a) Estimulantes del sistema nervioso central.
- b) Depresores del sistema nervioso central.
- c) Opioides, derivados del opio y a los compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos.
- d) Alucinógenos, compuestos naturales que son capaces de producir falsas percepciones sensoriales.

### 1.3 Cómo actúan las drogas en el Sistema Nervioso Central.

Las sustancias psicoactivas que son las que modifican las emociones, las percepciones o el estado de ánimo, pueden producir abuso y/o adicción. Estas actúan sobre el sistema nervioso central (cerebro, cerebelo y médula espinal). Para comprender como funcionan las drogas es necesario entender aunque sea de una manera simplificada, cómo funcionan en el Sistema Nervioso Central.

Todas las sustancias adictivas tienen en común su capacidad de provocar un *aumento de los niveles de dopamina*, especialmente en una estructura denominada núcleo accumbens (NAc), ya sea de manera directa o indirecta.

Los estimulantes como la cocaína o la anfetamina, producen sus efectos actuando directamente sobre las neuronas dopaminérgicas en el NAc. Otras drogas, como los opiáceos producen su efecto adictivo de manera indirecta a través de receptores opiáceos que se encuentran distribuidos en el sistema mesolímbico (Bardo, 1998). El cannabis, el alcohol, y la nicotina producen sus efectos reforzadores también a través de mecanismos no dopaminérgicos.

El sistema dopaminérgico de la recompensa está constituido por las vías, cuyo neurotransmisor es la dopamina, tienen su origen en el área tegmental ventral (ATV) y se proyectan sobre distintas regiones del sistema límbico (sistema mesolímbico).

Entre las estructuras del sistema límbico debemos destacar el núcleo accumbens (NAc), el núcleo de la recompensa por excelencia, la amígdala y regiones relacionadas y el hipocampo. Todas estas regiones del cerebro son esenciales en el proceso adictivo.

Además, el NAc, a pesar de ser una región muy pequeña, no es homogénea sino que puede subdividirse en dos áreas distintas tanto en relación a sus conexiones con otras estructuras, como por sus funciones, el “core” y el “shell”.

El “shell” es la región donde la liberación los reforzadores naturales y las drogas de abuso inducen la liberación de dopamina. Otra región crucial en la adicción es el cortex prefrontal, donde se proyectan aferencias que tienen su origen en el ATV y constituyen el sistema mesocortical.

Durante el consumo de sustancias adictivas, la hiperactividad dopaminérgica en estas regiones puede significar, en individuos *vulnerables*, el inicio del proceso adictivo.

#### 1.4 Problemas familiares como consecuencia de la farmacodependencia.

Algunos estudios Becoña (1998), han establecido la relación entre los factores familiares y el abuso de drogas. Los siguientes factores familiares tienen un impacto sobre el consumo de droga.

##### *Unión familiar:*

- ✚ Aislamiento del adolescente de la familia.

- ✚ Falta de relaciones estrechas con sus padres.
- ✚ Poco apoyo por parte de los padres.
- ✚ Falta de amor.
- ✚ Necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza, amor.
- ✚ Rechazo de los padres, hostilidad.
- ✚ Unión que raya en la dependencia.
- ✚ Padre no implicado activamente en la familia.

*Conflicto:*

- ✚ Conflicto matrimonial.
- ✚ Irresponsabilidad del marido.
- ✚ Hogar infeliz.
- ✚ Esposa infeliz.
- ✚ Discordia familiar.
- ✚ Hijos como peones en el conflicto matrimonial.
- ✚ Alto grado de estrés, trauma.

*Chivo expiatorio:*

- ✚ Adolescente como chivo expiatorio, con falta de habilidades.

*Modelo de rol:*

- ✚ Los padres como modelos de rol inapropiados.
- ✚ Los padres como consumidores de drogas.
- ✚ Los padres como modelos de abuso de drogas.
- ✚ El adolescente no imita a los padres.

*Divorcio o ruptura familiar:*

- ✚ Hogar roto.
- ✚ Uno a los dos padres ausentes gran parte del tiempo.
- ✚ Ausencia del padre especialmente perjudicial.
- ✚ Hogar de un solo progenitor.

*Disciplina:*

- ✚ Falta de habilidad de afrontamiento en los padres.



- ✚ Disciplina inconsciente.
- ✚ Disciplina demasiado autocrática o “laissez-faire”.
- ✚ Falta de reglas claras, límites, guía.
- ✚ Excesivo uso del castigo.

*Moralidad hipócrita:*

- ✚ Doble ética de conducta una para los padres, otra para los adolescentes.
- ✚ Negación de los problemas personales y de los errores de los padres.

*Escape de la realidad:*

- ✚ Ausencia de confianza en los padres para enfrentarse a la vida; utilizar las drogas como un apoyo psicológico o escape de su realidad.
- ✚ Falta de un aprendizaje de habilidades de afrontamiento a partir de los padres; el adolescente sigue el modelo paterno de afrontamiento de sus padres consumiendo drogas y alcohol.

*Vacio de la comunicación:*

- ✚ Falta de habilidad para comunicarse.
- ✚ Falta de comprensión por parte de los padres.
- ✚ Falta de comunicación con los padres por miedo a escuchar algo negativo.
- ✚ Llamadas de ayuda no atendidas.
- ✚ Los adolescentes que son capaces de hablar abiertamente con sus padres consumen sustancias ilícitas en un menor número que quienes no son capaces de hablar con sus padres.

*Religiosidad:*

- ✚ Hay una relación negativa entre religiosidad y consumo de alcohol y de marihuana. De igual forma, el conservadurismo religioso tiene un efecto similar sobre el consumo de alcohol y de marihuana. Parece que la influencia de la religiosidad y del conservadurismo religioso está limitado principalmente a las drogas menos serias. Jiménez (2001) Los investigadores han mantenido, que una vez que se han controlado otras variables, el impacto de la religión es pequeño.

## 1.5 Asesoramiento profesional, tratamiento médico y atención psiquiátrica.

Cocores (1987) Más que ver la dependencia química como una enfermedad en sí misma, los enfoques de la psiquiatría tradicional y del asesoramiento han destacado una serie de desórdenes emocionales como factores casuales. Por tanto el tratamiento se centra en conocer y resolver los problemas emocionales que subyacen al consumo de drogas, así como el tratamiento médico para recuperar la salud.

### Terapia familiar sistémica.

Este enfoque se centra en los conflictos y las cuestiones de la familia de origen como aspectos centrales en el desarrollo y el mantenimiento de la dependencia química. El consumo de sustancias normalmente comienza en la adolescencia y es el resultado de los miedos intensos de separación. El enfoque terapéutico sobre la familia busca ayudar al sistema familiar a adaptarse de forma más efectiva conforme el adicto va dejando la conducta de consumo. Un objetivo central es ayudar a los padres a abordar el conflicto entre ellos que puede haber sido ignorado por su focalización en la conducta de consumo de drogas y antisocial.

### Tratamiento de comunidad terapéutica.

El modelo de tratamiento de comunidad terapéutica resalta de forma significativa tanto el abstenerse del consumo del alcohol como el abordar los problemas emocionales asociados con el consumo de drogas. Las cuestiones emocionales sin embargo, se abordan principalmente en función de cómo se reflejan en conductas y actitudes en el entorno. Existe una menor voluntad para resolver los problemas pasados, del desarrollo o cuestiones de la familia de origen. En el centro de la filosofía de la comunidad terapéutica esta la importancia crítica sobre implicación con el grupo de iguales. Los pacientes se involucran en grupos de proceso, de confrontación, de apoyo y grupos de reunión de la comunidad.

El campo de tratamiento de las drogas, parece moverse en la dirección en cuanto a usar enfoques multimodales que incorporan diferentes modelos de forma simultánea. Este cambio puede que refleje el reconocimiento cada vez mayor de que los pacientes con dependencia química necesitan un enfoque amplio debido a las diferentes necesidades que presentan. El enfoque multimodal más novedoso es el denominado BIOPSICOSOCIAL. Este enfoque se está usando para describir otros enfoques que reconocen y abordan los aspectos

psicológicos, biológicos y sociales de las adicciones (Cocores, 1987). Los factores relacionados con un resultado exitoso incluyen:

1. El enfoque orientado al grupo de tratamiento.
2. La evaluación del tratamiento.
3. Énfasis en los trastornos psiquiátricos además del alcoholismo.
4. Evaluación médica durante el tratamiento.
5. Implicación de los pacientes en las reuniones de AA.
6. Un fuerte énfasis en el tratamiento de seguimiento.

## **CAPÍTULO 2 Dependencia emocional.**

En nuestros días, es un hecho muy común que las personas se vean involucradas en situaciones adictivas, como el gusto por consumir alcohol u otras drogas y aunque los métodos para tratar estas adicciones son cada vez mejores, las situaciones adictivas se presentan cada día en mayor cantidad.

Hay otro tipo de adicciones a las que personas se pueden volver adictas como es: la comida, el ejercicio, el sexo, el trabajo u otras. No importando cuáles experimenten, le brindan más atención a esa necesidad adictiva, que a cualquier otro cosa, robándole tiempo a asuntos mucho más importantes. Eso las convierte en adicciones (Schaeffer, 2005)

Detrás de toda relación obsesiva a la que llama amor adictivo, se oculta la idea de que tal dependencia tiene un perfecto sentido y es necesaria para sobrevivir. Por eso, a veces en las relaciones diarias, se siente que se complacen los deseos y necesidades de otras personas sin haber alcanzado las propias;”consideran que trabajan y los demás aprecian poco lo que hacen” “que les brindan toda la atención que necesitan ante sus dolencias, perturbaciones, malestares, y sin embargo cuando son ellos quienes necesitan de los otros, no les importa, como están o como se sienten”. Pero, ¿hasta qué punto una relación como ésta les puede llevar a un conflicto en sus relaciones personales? es decir, llegar a mantenerse en una dependencia emocional que les acarrea inestabilidad en las relaciones con los demás.

Para contestar esto, habría que considerar las siguientes preguntas:

¿Qué es dependencia emocional?

¿Cómo se vuelve adicta o dependiente una persona?

¿Hay diferencia entre hombres y mujeres dependientes?

## 2.1 Definición de dependencia.

Los términos que se pueden relacionar con adicción son: obsesivo, excesivo, destructivo, compulsivo, habitual, atado y dependiente. Por lo que, las experiencias amorosas adictivas también pueden ser conocidas como dependencia emocional.

Peele y Brodsky (citados en Schaeffer, 2005), manifiestan que adicción es como “un estado inestable del ser, marcado por la compulsión a negar lo que se es o ha sido, que privilegia una experiencia nueva y estática”. Desde este punto de vista, se podría decir que dependencia emocional trata de la búsqueda de apoyo en alguien externo a uno mismo, en un intento por cubrir necesidades no satisfechas para evitar el temor o el dolor emocional y la solución de problemas.

Castelló (2005) afirma que, la dependencia emocional es “un patrón de necesidades emocionales insatisfechas desde la niñez y que en la adultez se trata de satisfacer, mediante la búsqueda de relaciones interpersonales muy estrechas”. En general se define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas (afectos insatisfechos) que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas. La dependencia se relaciona con debilidad, pasividad, inmadurez, que son características de mujeres, niños y personas desadaptadas.

El dependiente no ama a una persona por lo que es, sino por lo que espera de ella. Con esta actitud se encierra en un entorno obsesivo que él mismo crea, un mundo exigente y egoísta, donde el otro debe satisfacer constantemente sus necesidades, pero nunca se siente satisfecho. Cree que él quiere con toda su alma y no recibe la justa compensación, por lo que exigirá más y más. Si para conseguirlo debe recurrir a la pena, el sentimiento de culpa o el chantaje emocional, lo hará (Riso, 2000).

También se concibe la dependencia, como incapacidad de resolver problemas propios de la edad, lo contrario a lo que es la madurez (saber hacer lo que corresponde a la edad). En psicología se concibe el concepto de dependencia muy cercano al de inmadurez; por lo cual Panizo (1999) menciona, que en materia de inmadurez psíquica, en el matrimonio se puede seccionar en dos planos: a) el plano de inmadurez de juicio (mínima comprensión, valoración de las obligaciones y deberes esenciales en la relación), b) el plano de inmadurez afectiva (falta, retraso o disminución de los afectos). Esto significa que en la medida en que seas independiente, serás maduro y autónomo.

En las relaciones sinceras de cualquier índole (de pareja, de padres e hijos) pueden surgir hábitos y acciones que contengan elementos de dependencia. La dependencia es la incapacidad de desarrollarse completamente como persona o de funcionar de manera adecuada en la vida; para ello se requiere del otro, con quien se ha decidido vivir en pareja (Sánchez, 2004).

Existen dos tipos de dependencia: la primera se refiere a la necesidad de tener alguien (aunque se quiera ocultar), porque desea ser cuidado y sentir que le importa a alguien; en la segunda, si esta necesidad se lleva al extremo, se convierte en dependencia, aspecto que quita la libertad.

Esta segunda forma de dependencia, es confundida en ocasiones con el amor, por ser una fuerza que hace que alguien se apegue firmemente a otro. En una relación de pareja la dependencia es bastante destructiva, pues el miembro dependiente invierte tanta energía por conseguir ser amado, que no le queda energía para amar.

## **2.2 Causas de la dependencia emocional.**

En la niñez, cuando los padres ayudan o fallan en satisfacer necesidades de afecto, establecerán los vínculos determinantes que afectarán el desarrollo adulto de sus hijos. Los seres humanos sienten el afecto o la falta de éste, el trato que les brinden determinará su carácter.

De niños sienten la amenaza de perder el afecto de sus padres si no acatan lo que ellos dicen, es decir, desde muy temprano en la medida que dicho sometimiento es más o menos intenso, aprenden a amar, apreciarse, a rechazarse y renunciar a ellos mismos. De esta manera la dependencia puede ser el resultado por una parte, de la excesiva gratificación del niño o por otra de, una gran frustración por un cambio brusco en la infancia, como la pérdida de la madre. Esto genera una incapacidad de resolver problemas propios de la edad.

Cuando el padre doblega la voluntad del niño(a), éste se convierte en un adulto sumiso que establecerá relaciones destructivas con las personas menos indicadas. Por eso en una relación de pareja, depender de la persona que se ama es una manera de despersonalizarse, un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el

autorespeto, la esencia de sí mismo no es observable. Bajo el disfraz del amor romántico, la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable hasta convertirse en un anexo de la persona “amada”, un simple apéndice.

Los dependientes pueden tomar cualquiera de los siguientes rumbos: volverse dependientes activos o dependientes pasivos. Los dependientes activos pueden volverse celosos e hipervigilantes, tener ataques de ira, desarrollar patrones obsesivos de comportamiento, agredir físicamente o llamar la atención de manera inadecuada, incluso mediante atentados contra la propia vida. Los dependientes pasivos tienden a ser sumisos, dóciles y extremadamente obedientes para intentar ser agradables y evitar el abandono.

El repertorio de estrategias retentivas, de acuerdo con el grado de desesperación e inventiva del dependiente puede ser diverso, inesperado y especialmente peligroso. Esa dependencia se presenta de diversas maneras tanto en hombres como en mujeres. En los siguientes apartados se hablará de esas diferencias.

### **2.3 Características de la dependencia femenina y masculina.**

En el curso de vida de las mujeres, las transiciones (especialmente en la adultez) no son independientes, sino más bien producto del lugar que históricamente han ocupado, es decir, su sentido y su valor están ya designados, de tal modo que la mujer vive dentro de una secuencia de lugares ya definidos, desde los cuales debe de estructurar sus vivencias particulares, o bien, rechazarlas, saliéndose de esta condición y vivir en una cierta marginalidad (Alvarado y Sánchez, 2002).

La mujer bajo el marco de subordinación, las actividades económicas (dentro y fuera del hogar), la participación social y las actividades individuales, se ven restringidas y afectadas por las actividades elegidas por otros. En este sentido su desarrollo, se ve influenciado por el concepto que se tiene de ser mujer. Es común, que dentro de la familia, la mujer pase demasiado tiempo cuidando los intereses del hombre, haciendo que la felicidad y el bienestar de éste, sea el punto central de su propia vida (Seidler, 2000).

De alguna manera, la mujer tiende a limitarse bajo los valores dominantes, esencialmente masculinos aprendidos en el medio familiar y crea una dependencia inconsciente hacia el hombre. Las dependientes afectivas, necesitan de alguien más fuerte,

que se haga responsable de ellas, psicológicamente hablando. La idea que las mueve es obtener la cantidad necesaria de seguridad/protección para enfrentar una realidad percibida como amenazante. No importa que tan fría sea la relación, a veces la sola presencia de la pareja produce la sensación de estar bien cuidada.

Leroux (2004) dice que, en la medida en que la dependiente se siente vacía, perdida, incapaz de salvarse, busca a alguien que se responsabilice de su vida, “un amo” que se apodere de ella y dirija su destino. En su necesidad imperativa de ser amada, crea una forma de amar que enajena y esclaviza. A veces, cuando la mujer se siente insegura de sí misma considera que no es merecedora de un hombre valioso, fiel, y piensa que debe aguantar cualquier trato, porque si reclama, su pareja la dejará.

Y la mujer cree, con este tipo de dependencia, que no puede sobrevivir emocionalmente sin el amor de su compañero. El sentido de su propio valor está condicionado por la evaluación que él hace de ella, no importando los logros que haya alcanzado en su vida. Lo que hace a una mujer vulnerable a los malos tratos recibidos en casa, por más eficiente que sea, es su convicción de que la necesidad que siente del amor de su compañero es lo más importante que hay en la vida.

La paradoja de la dependencia es que la víctima prefiere seguir enganchada en la relación, a pesar del precio que paga con su salud emocional y física. Las víctimas tienden a culparse a sí mismas cuando la persona a quien aman descarga su ira en su contra. Como creen que ellas han provocado al agresor, lo disculpan; están seguras de que si hubieran dicho o hecho lo correcto, habrían evitado la agresión. Nada de esto es verdad, sin importar lo que haga o diga la otra persona, seguirá con sus agresiones y ella no lo podrá remediar.

Las personas dependientes, debido a su inmadurez emocional, no suelen arriesgarse, porque el riesgo incomoda. Jamás pondrían en peligro su fuente de placer y seguridad. Prefieren funcionar con la vieja premisa de los que temen a los cambios: “Más vale malo por conocido, que bueno por conocer”, enfrentarse a lo nuevo les asusta.

Los deseos naturales que surgen del amor, no hay necesidad de reprimirlos, sino fortalecer la capacidad de soltarse cuando haya que hacerlo.

El placer de amar o ser amado es para disfrutarlo, sentirlo y saborearlo, si la pareja está dispuestay se aprovecha en todo momento; eso no es dependencia, sino intercambio de reforzadores. Pero si el bienestar recibido se vuelve indispensable, la urgencia por verlo no



lo deja en paz y su mente se desgasta pensando en él o ella, eso no es normal, se podría tratar de un problema de dependencia o codependencia.

Características de la mujer dependiente.

El significado funcional de ciertas conductas, mediante las cuales una mujer intenta satisfacer sus necesidades personales, como ser amada y disponer del amor sin condiciones, es importante entenderlas. De ahí se desprenden los bloqueos afectivos observados frecuentemente por los psicólogos y cuyo tratamiento es un problema enorme en psicoterapia. Esto sucede porque, una relación de dependencia introduce en el comportamiento, perturbaciones con relación a la realidad objetiva. Las distorsiones, producen situaciones neuróticas, comportamientos nerviosos y estas dificultades psíquicas requieren en un momento determinado, la intervención del terapeuta.

Beattie (2003) afirma que si una mujer tiene problemas de dependencia no significa que sea mala, o inferior a otras. Algunas mujeres repiten los patrones de conducta, observados desde su infancia en el seno familiar y otras conductas son aprendidas más tarde en su juventud. Aprendieron que estas formas de actuar, eran necesarias como parte de los atributos femeninos; sin saber que, a la larga provocan que una mujer sea dependiente.

*Las características que nos permiten reconocer a una mujer dependiente son:*

Adicción, inmadurez, miedo, culpa, enojo, percepciones dañadas, justificación, esperanza, autoestima, necesidad de ser necesitada, enfermedad,

a) Adicción.

Muchas veces nos preguntamos por qué una mujer que ha sido maltratada por su pareja durante varios años, no lo abandona. La respuesta es porque “no puede dejarlo”. No puede, porque depende emocionalmente de él. Una persona con este tipo de problema tiene pánico irracional a perder su pareja, está fuera de control y prefiere aguantar sus agresiones a terminar con él. La razón es que las relaciones destructivas suelen ser adictivas. La víctima inventa gran cantidad de pretextos para justificar su relación, al tiempo que defiende a su victimario con su propia pasividad.

Debemos aclarar que la víctima se vuelve adicta a la relación con su tirano, pero no a sus maltratos, lo que ella busca es estar cerca de su agresor, a pesar del riesgo y el dolor que eso conlleva. No es nada extraño que los niños que se desarrollan en un ambiente familiar tan tormentoso, aprendan a tomar erróneamente el estrépito y el caos por amor; en la adultez llegarán a necesitar tales elementos en sus relaciones amorosas. Han llegado a engancharse en lo que Forward (1993) llama, “adicción a la tragedia”.

El encariñarse enajenadamente a una persona, es similar a la forma en que alguien se hace dependiente del alcohol, a una droga o al juego (Leroux, 2004). Del mismo modo que un adicto va muriendo por las drogas, porque no puede dejar de utilizar sustancias tóxicas o un alcohólico sufre debido a su imposibilidad para dejar de beber, la víctima va muriendo porque no puede vivir sin su hombre. Los adictos están enganchedos a algo que los destruye, mientras no inicie un tratamiento.

En la medida que vea en él, la fuente principal de sus sentimientos buenos y placenteros, más necesitará que él sea el centro de su vida. Cuánto más dependiente se vuelva ella, más importante se vuelve él. Cuanto más importante es él, más cosas estará dispuesta a abandonar, de manera que su vida va siendo cada vez menos libre. Y es esto lo que la mantiene tan firmemente enganchada.

Las relaciones adictivas (Leroux, 2004), son usadas por las mujeres dependientes para alejar el dolor. Cuando una relación falla, recurren con mayor frenesí a la sustancia de la que han abusado, nuevamente en busca de alivio. La adicción se presenta en una persona necesitada, vacía cuyo valor personal depende del amor de alguien o de la aprobación de los demás. Usan su obsesión con los hombres a quienes aman para evitar su propio dolor, vacío, miedo y furia. Así como se usan las drogas para experimentar o no sentir sus problemas (Vaca, 1998)

La droga (que es en este caso la pareja), empieza por acaparar el sentimiento, la emoción, después el pensamiento y luego la acción. Poco a poco, toda la energía se concentra en la droga, hasta que queda poca o nada para otras cosas o personas, sin que el dependiente pueda evitarlo. Su fuerza de voluntad se enferma y debilita, de modo que por más propósitos que tenga por enmendarse, no puede cambiar su condición de adicto afectivo.

Los adictos en su evolución tienen como característica particular, dejar una adicción por otra. Un ejemplo sería; cuando un adicto deja la adicción a la nicotina y engorda porque ya no fuma, pero no es así, engorda porque se vuelve adicto a la comida (cambia de adicción la nicotina por la adicción a la comida), empieza a comer más; es decir, se vuelve comedor compulsivo.

La víctima no puede vivir sin su victimario, puede soportar el sufrimiento porque se engaña y cree que “puede cambiar al otro”, sin tener conciencia de que el cuadro la puede llevar a la enfermedad y en casos extremos, a la muerte (Lammoglia, 2003).

b) Inmadurez

Cuando una mujer se somete al trato abusivo de su marido está aceptando el rol de víctima, comportándose de una manera infantil y no como corresponde a un adulto (Forward, 1993).

“No se hablara de seres humanos maduros, mientras no se responsabilice de su propia vida y su propia felicidad, se seguirá siendo infantiles, dependientes, con la madurez cronológica, pero no la madurez emocional necesaria” (Vacca, 1998).

c) Miedo.

El miedo opera en varias formas: están los miedos relacionados con la supervivencia; en el temor a tener que afrontar los problemas financieros sola, a convertirse en la única proveedora, el único sostén de los hijos, ese temor a la soledad impide a las mujeres pensar en cortar una relación abusiva, cuando la llegan a tener (Forward, 1993).

A lo largo de su vida, ellas fueron cediendo a todas las demandas de sus compañeros, principalmente por un gran temor a ser abandonadas. Pero la mujer no se da cuenta de que su agresor depende de ella, y a veces muchísimo más, que ella de él. Únicamente se siente seguro de sí mismo, cuando tiene el control.

Forward (1993), comenta que la mujer enganchada en una relación, con un hombre misógino (*demiso* = odiar y *giné* = mujer, “el que odia a las mujeres”), intenta desesperadamente evitar que le haga daño. Cuando el misógino le grita o la insulta, el mensaje que recibe la mujer es que, momentáneamente, ha perdido el amor de él: y como su bienestar emocional ha llegado a depender a tal punto de ese amor y de la aprobación de él, la mujer siente la retirada de ese sentimiento como si todo su mundo se hubiera deshecho.

Señala también, que el miedo que puede tener la mujer de perder el amor de su compañero y de resultar emocionalmente herida, sucedería, si ella realmente lo irrita. Los misóginos llegan a inspirar muchísimo temor cuando se enojan, y existe siempre el miedo de que su cólera pueda descargarse en la agresión física, aunque de hecho jamás hayan golpeado a su pareja.

El misógino puede esgrimir la amenaza de dañarse a sí mismo, castigar a sus hijos o buscar la intimidación de agredir físicamente a la mujer. Es probable que amenace con cortar todo suministro de dinero, o que mencione a su mujer, que si no hace lo que él quiere, se buscará otra y se irá con ella. Cuando más cede una mujer ante este tipo de amenazas e intimidaciones, menos poder va teniendo en la relación. Y una vez que se siente desvalida, más abrumadores se vuelven sus miedos.

Una decisión muy difícil de tomar es: cuando una víctima del maltrato concluye que debe abandonar a su agresor, siente que su razón para vivir dejará de existir. La vida de la víctima del maltrato gira en torno de su tirano, se centra en sus decisiones y comportamientos, sometiendo sus estados de ánimo a los de él.

d) Culpa.

La gente incapaz de aceptar la responsabilidad de sus defectos y frustraciones, por lo regular busca y encuentra a una persona menos poderosa a quien culpar de todo lo que le molesta. A causa de su dependencia, vulnerabilidad y visión limitada del mundo, los niños son los candidatos ideales para ese rol de chivo emisario. Las niñas a quien hace sentir que es “mala” como persona, empezará a aceptar las culpas de todo lo que funcione mal en su casa (Forward, 1993).

Se tiene conocimiento de que hay mujeres que son mezquinas, dominantes e incluso violentas. También es cierto que las mujeres empiezan a veces las discusiones y que producto de estas, en ocasiones abofetean a su novio o marido. Pero no es lo mismo abofetear a una persona, que causarle una confusión o insultar a alguien, que lanzar contra ella una campaña diseñada para atemorizarla y humillarla constantemente. Hay mujeres que se dejan convencer de que si ellas han sido las primeras en dar la bofetada, se merecen todo lo que venga después. Las salas de urgencia de hospitales no están llenas de hombres víctimas de los malos tratos ocasionados por su cónyuge, sino de mujeres. Determinar quién es el que maltrata y quién es la víctima, depende de quién es el que tiene miedo, en quién

busca, consigue dominar y cómo lo hace. Las víctimas tienden a culparse a sí mismas cuando la persona a quien aman, lanza su ira en su contra. Como creen que ellas han provocado al agresor, se creen merecedoras del maltrato. Nada de esto es verdad, sin importar lo que la mujer haga o diga, la otra persona seguirá con sus agresiones y la mujer no lo puede remediar.

Por el temor a ser abandonada, la persona emocionalmente maltratada, no deja a su agresor. Así mismo a veces experimenta un sentimiento de culpa, pues piensa que él la necesita y considera una deserción cobarde dejarlo. Convencida de que la situación puede cambiar, continúa con esa relación. No obstante, mientras más tiempo permanezca en esas condiciones y más intensamente trabaje para que funcione su relación, mayores serán las dificultades. Para ella está implícito el tolerar el maltrato, ya que es lo único que acredita su vida. Apartarse de su tirano equivaldría a vaciar su existencia, razón por la cual no desea desvincularse. La vida de la víctima del maltrato gira en torno de su "tirano", se centra en sus decisiones y comportamientos, sometiendo sus estados de ánimo a los de él.

Por más desagradable que pueda ser aceptarlo, el hecho es que al misógino le preocupa más aportar la culpa, que reconocer el dolor que está causando a su compañera (Forward, 1993).

#### e) Enojo

Una emoción normal en el humano es el enojo y todos lo experimentamos en grado distinto. Pero a muchos padres se les hace difícil tolerarlo. Con frecuencia consideran, erróneamente, que el enojo de sus hijos es una indicación de su fracaso como padres. A la niña se le permiten menos vías de escape que al niño, porque de ella se espera la amabilidad y un carácter dulce. La mayoría de ellas aprende a demostrarlo mediante la agresión verbal, cuyas formas tradicionales son el chisme, el insulto y el sarcasmo (Lammoglia, 2003).

Algunas mujeres expresan sus sentimientos de enojo con lo que no hacen, por ejem: pueden olvidar las pequeñeces que le importan a su compañero; pueden tener dificultad para tomar las decisiones más simples o adquirir la costumbre de llegar siempre tarde. Muchas se controlan y desconectan sexualmente, que es una manera muy poderosa de expresar el enojo. Se muestran frías y distantes, retrayéndose en un silencio hosco y poniendo mal gesto. Ya sean directas o indirectas, todas estas expresiones de enojo son relativamente

débiles, comparadas con los continuos estallidos de agresión del hombre violento (Forward, 1993).

Los hombres violentos son la atracción de muchas mujeres, porque son hombres que parecen poderosos, agresivos, dinámicos y capaces de dar cauce a su enojo siempre que les place. Si desde niña la mujer se ha sentido incómoda con su propia cólera y le ha tenido miedo, verá en el misógino a alguien capaz de expresar por ella algunos de sus sentimientos coléricos.

Cuando más dócil es una niña, más reprimidos están sus sentimientos y sus necesidades, con lo cual su enojo aumenta y se ve obligada a ser cada vez más sumisa para poder defenderse.

Se menciona que la cólera reprimida es el elemento más tóxico, que más estrés genera y en última instancia, el más destructivo de cuantos integran el comportamiento humano. Una vez que una mujer se enoja por el trato que le da su compañero, se le hace imposible seguir atascada en un comportamiento de sumisión.

El enojo es una reacción biológica a la frustración o al insulto, y cuando se le da expresión física se le puede reducir en buena parte. Cualquier tipo de ejercicio puede servir para eso, incluso limpiar la casa o lavar el coche.

Aceptando las disculpas y la reconciliación, lo único que está haciendo la víctima es garantizarse una próxima golpiza. El patrón se repetirá una y otra vez en un círculo vicioso de abuso - reconciliación, que será cada día más difícil romper (Lammoglia, 2003)

Después que la mujer es agredida ésta se encuentra asustada, furiosa y no dispone de ninguna manera efectiva para detener el curso de esa violencia hasta que ésta llega a su fin (Jacobson y Gottman, 2001).

f) Percepciones dañadas.

Convencer a su pareja de que está loca, es el intento de muchos hombres agresivos. De esta manera, ella desconfiará de sus percepciones. Incluso si le parece que lo que hace es malo o está mal, asumirá que sus sentimientos son equivocados. Hay hombres que se burlan de sus esposas hasta conseguir ponerlas histéricas y luego les dicen que están locas (Jayne, 2002).

Cuando la mujer cree esa versión de la relación, de que él es “bueno” y ella “mala” que él tiene “razón” y ella “se equivoca”, que las deficiencias de ella son la causa de los estallidos de él, y que si actúa de esa manera es sólo debido a su empeño en mejorarla, la mujer ha empezado a aventurarse en una peligrosa zona de penumbra, donde las percepciones se alteran y deforman. Aceptar la versión que él le da de la realidad, significa que ella debe renunciar a la suya (Forward, 1993).

Viviendo así, el amor es una ilusión más que una realidad; un anhelo que en la imaginación promete la gloria, pero que en verdad es un infierno. La mujer, tiene que atreverse a ver con sus propios ojos y a definirse por sus necesidades, y no oír las de los demás (Leroux, 2004).

Niega con tanta intensidad que algo anda mal, no pueda dejar de hacerlo, hasta que busque ayuda. El sueño que ella tiene sobre cómo podrían ser las cosas y sus esfuerzos por lograr esa meta, distorsiona su percepción de cómo son.

g) Justificación.

Algunas personas piensan que un hombre es violento porque no puede evitarlo, como si una fuerza exterior moviese su cuerpo y le obligase a hacer cosas que de otro modo no haría. Por lo menos, eso es lo que muchos hombres violentos quieren hacer creer. Las mujeres piensan, que si pueden encontrar un motivo y darle un nombre, tendrán la satisfacción de pensar que su hombre no es realmente malo, sino que tiene problemas (Jayne, 2002).

La mujer sigue sabiendo que él la maltrata, pero es probable que se invente “buenas razones” que lo justifiquen. Lo que hace esta transición tan destructiva para ella, es que así ha empezado realmente, a ayudar a que sea maltratada. De ese modo, la mujer suspende su buen juicio, se une a él, convirtiéndose en su propia perseguidora, y encuentra explicaciones que justifican el comportamiento de él. Esta racionalización se lleva a cabo, cuando una mujer defiende el comportamiento de su pareja sobre la base de que al gritarle, insultarla y criticarla continuamente, él intenta mejorarla (Forward, 1993).

h) La esperanza.

Toda mujer que mantiene una relación con un misógino, mantiene la ferviente esperanza de que suceda algo que lo hará cambiar. La fantasía es, que él la tomará en brazos, diciéndole:

“Sé que me he portado de una manera cruel contigo”. “Perdóname, porque te amo y jamás volveré a gritarte así, desde ahora, todo será diferente”.

El creer que hay una llave mágica que cambie las cosas, lo más probable es que consuma toda su energía, en la tarea de encontrarla, y en ese proceso, renuncie a que su compañero la trate bien. Como su bienestar emocional se halla ligado a los estados de ánimo cambiantes de su pareja, pierde su capacidad de actuar, teniendo en cuenta sus propios intereses de hacerse valer y de confiar en sus propias decisiones (Forward, 1993)

Para contentar al misógino, nunca hay bastante amor, atención, ni apoyo suficiente. Un hombre así es insaciable. La creencia de que alguna vez podrá tranquilizarlo lo suficiente o hacer que se sienta verdaderamente seguro, no pasa de ser una fantasía, de la que él nunca cambiará y es más probable que las cosas empeoren.

A medida que envejece, la gente muestra comportamientos cada vez más rígidos y está menos dispuesta a cambiar. Al aceptar la situación como es, está renunciando a su derecho a que le traten con el respeto y la dignidad que merece. Está optando activamente por representar, en su relación, el papel de víctima, aceptando las cosas como son.

La persona se convence de que en cualquier momento le saldrá el premio, siendo ésta una de las razones de que resulte tan difícil abandonar el juego. El no saber cuándo va a ser acogida con amor y cuándo él va a mostrarse violento, hace que una mujer se sienta aferrada a ese juego.

El deseo de la víctima que termine la violencia, pero no la relación, es uno de los problemas más graves de una relación destructiva. Por esa razón necesita creer en las promesas de su agresor.

En realidad es más cómodo esperar que él cambie, que cambiar ellas y su propia vida. Es incapaz de aceptar, que él es como es y que los problemas son de él, no de ella, experimentando una profunda sensación de haber fracasado en todos sus intentos de cambiarlo.

El pensamiento de la mujer, se enfoca en que el cambio es trabajo de él, no suyo y que haciendo lo que sea, no conseguirá ser feliz. A ella le toca decidir si desea pasarse el resto de su vida sintiéndose responsable de lo que él siente y de lo que él hace. Justo



cuando ella piensa que ha hecho progresos o lo suficiente para hacerlo feliz, pasa algo que le demuestra lo contrario.

Debe de haber el reconocimiento del comportamiento correcto y el deseo de alcanzarlo, para que se produzca un cambio. Sólo podemos controlar aquello que hacemos. Nos engañamos pensando, que podemos hacer que cambie a lo que no quiere ser (Jayne, 2002).

i) Autoestima.

Algunas mujeres aceptan a un hombre con otras relaciones o con otros compromisos afectivos, porque tienen una pobre autoestima; se conforman con cualquier cosa que parezca afectiva. Sienten que deben aprovechar una oportunidad que se les presenta para un romance, porque creen que no habrá otro.

Si con sus padres, otras mujeres tuvieron una relación esencialmente sana, con expresiones adecuadas de afecto, interés y aprobación, entonces como adultas, tenderán a sentirse cómodas con las personas que engendran sentimientos similares de seguridad, calidez y una dignidad positiva. Más aún tenderán a evitar a la gente, que las hace sentir menos positivas con respecto a ellas mismas, a través de sus críticas o de su manipulación. Su conducta les resultará incompatible,

Si la relación con sus padres fue en forma hostil, crítica, cruel, manipuladora, dictatorial, demasiado dependiente o de otras formas inadecuadas, cuando se relacionen con alguien que exprese, quizá de manera muy sutil, matices de las mismas actitudes y conductas, eso les parecerá "correcto". Se sentirán cómodas con personas con quienes se recrean sus patrones infelices de relación, y tal vez se sentirán incómodas e inquietas con individuos más apacibles, más amables o más sanos en otros aspectos, La imagen dañada que tiene la mujer desde niña, es la que la prepara para aceptar el trato violento y abusivo de su compañero (Forward, 1993).

Las mujeres con baja autoestima, que se consideran poco atractivas o feas, pueden aferrarse muy fácilmente a quienes se sientan atraídos por ellas. Estas personas, no se sienten admirables e intrínsecamente valiosas, por tal razón, si alguien les muestra admiración y algo de fascinación, el apego no tarde en llegar (Riso, 2000).

La mujer que busca seguridad, amor, confianza y credibilidad, generalmente es porque carece de ellos; en el fondo, es una persona incapaz de amarse a sí misma, muy insegura, aún cuando aparente algo totalmente distinto. Por esta razón busca a alguien que posea estas cualidades en cantidades superlativas: un hombre muy seguro, confiado y con una autoestima muy elevada. Aunque a veces toman al hombre que no tiene ninguna de estas cualidades, y solo son apariencia.

Cuando las mujeres no saben estar solas, siempre conceden a alguien más autoridad sobre ellas, son muy dependientes, su vida es tan limitada, que necesitan alguien a su lado, que les indique la forma de vivir.

Las mujeres que tienen ese concepto pobre de sí mismas y poca autoestima, tal vez han sufrido maltrato familiar o social en cualquier forma (abandono, negligencia, rechazo, descalificación, agresión física, verbal, sexual o emocional), por lo cual, piensan que no merecen el afecto de los demás y cuando encuentran a alguien que muestre interés en ellas, soportan cualquier cosa con el fin de que esté a su lado. Sienten que no podrían encontrar a alguien más que pueda quererlas o tienen mucho miedo a la soledad, que se aferran a cualquiera, aunque las agrede. Una chica que se quiera y se valore a sí misma, no resiste una relación de esa naturaleza. (Leroux, 2004).

Con una vez que ella acepte un ataque a su autoestima y permita que la insulten, abrirá la puerta a futuras agresiones. Hay ocasiones en que rendirse o retirarse es parte del compromiso que exige el buen funcionamiento de una relación, pero cuando repetidas veces cede ante su compañero, al punto de que las necesidades de él, tengan prioridad sobre las suyas, en ese momento ya no puede conservar su autoestima. Paradójicamente, cuanto más pobre sea el concepto que tienen de sí mismas o menos autoestima tengan estas mujeres, menos respeto y admiración inspiran a los demás, facilitando así un círculo vicioso.

Una mujer dependiente afectiva, puede ayudarse, profundizando en su autoconcepto, o autoestima, si se ocupa de hacer más vida individual y social separada de su pareja. De alguna forma, esta manera de “funcionar” las hace pensar que un hombre debe llegar y amarlas para complementarlas y así, llegar a ser plenas. Sin amor propio, sólo se utiliza a los demás para colgarse de ellos y, de forma dependiente, esperar o exigir todo. Según el amor propio que se tenga, va a vivir o esperar, el amor con otro. (Leroux, 2004).

Las mujeres dependientes a fin de recuperarse, tiene que empezar a definir el límite con los demás, dónde terminan ellos y dónde comienzan ellas como personas autónomas.

j) Necesidad de ser necesitadas.

Cuando las mujeres provienen de hogares disfuncionales, por lo regular se encuentran trabajando como enfermeras, consejeras, terapeutas o asistentes sociales. Se ven atraídas hacia los necesitados: se identifican con su dolor y tratan de aliviarlo para poder disminuir el suyo. Les atraen los hombres que reproducen la lucha que soportaron con sus padres, cuando trataban de ser lo suficientemente buenas, cariñosas, dignas, útiles e inteligentes para ganar el amor, la atención y la aprobación de aquellos que no podían darle lo que necesitaba, debido a sus propios problemas y preocupaciones. (Panizo, 1999).

A menudo las mujeres dependientes dicen que el hombre con quien están involucradas nunca ha sido amado, ni por sus padres, ni por sus anteriores mujeres o novias. Lo ven como un ser dañado y de inmediato asumen la tarea de compensar todo lo que les ha faltado en su vida. Habiendo aprendido a negar el anhelo de que las cuidarán, crecieron buscando más oportunidades de hacer lo aprendido: preocuparse por las necesidades y exigencias de los demás, en lugar de admitir su miedo, dolor y sus necesidades insatisfechas.

Las mujeres maltratadas sólo conocen una forma de estar con un varón, y esta es, si él la necesita. Si así fuera, entonces no la dejarán, porque ella lo ayudaría y él estaría agradecido, pero en lugar de un hombre agradecido y leal que esté unido a ella por su devoción y dependencia, encuentra que tiene un hombre que es cada vez más rebelde, resentido y crítico para con ella. Por la propia necesidad de mantener su autonomía y respeto de sí mismo, él debe dejar de verla como la solución de todos sus problemas.

k) Enfermedad.

Cuando una persona mantiene una relación de dependencia con un agresor, es frecuente que sus sentimientos de enojo, debido a que son inaceptables, aparezcan disfrazados de enfermedades: la depresión y las adicciones físicas son maneras de castigarse a sí mismas, pero la víctima también puede albergar un deseo inconsciente de castigar al otro mediante su propio sufrimiento. Muchas mujeres conviertan sus sentimientos coléricos en dolencias emocionales y físicas.

Cuando una persona llega a estos índices de la progresión de su enfermedad, es inevitable que aparezcan problemas físicos además de los emocionales. Puede manifestarse cualquier alteración provocada por la exposición a una tensión severa y prolongada. También puede desarrollarse una dependencia a la comida, al alcohol o a otras drogas. Pueden haber problemas digestivos y/o úlceras, y de otro tipo: en la piel, alergias, alta presión sanguínea, tics nerviosos, insomnio, diarrea, constipación o ambas cosas alternadamente. Así mismo empezar períodos depresivos o si la depresión ya ha sido un problema, los episodios ahora pueden prolongarse y profundizarse en forma alarmante.

Para esa persona, el coraje reprimido, llega a ser una de las mayores fuentes de estrés, a tal grado, que puede provocar un desgaste corporal efectivo. Algunas mujeres al no poder sacar esa molestia, la vuelven sobre sí mismas, al no tener valor de reclamar a su compañero; esto para ellas sería inaceptable. La persona que adopta esa actitud, es probable que se cause más daño interno, cuando ésta, más se repita.

Forward (1993), comenta, que el estrés puede mostrarse en el sistema muscular, en forma de dolores de espalda, espasmos o tensión general que puede o no provocar dolores de cabeza, o bien puede manifestarse en el tracto digestivo: úlcera colitis, indigestión crónica y diversos tipos de trastornos intestinales. Pueden aparecer también en el sistema cardiovascular: dolencias tales como migrañas y dolores de cabeza, o trastornos incluso letales cuando encuentran expresión, en la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias. El factor subyacente en otras reacciones emocionales lo puede provocar el estrés. Los ataques de angustia, de pánico, los trastornos de sueño y una gran variedad de cambios bruscos de humor pueden derivarse del estrés resultante de la represión de la cólera.

La mujer dependiente, puede creer que debido a su sufrimiento, tiene derecho a que la cuiden y se compadezcan de ella, pero es muy raro que su agresor se muestre sensible a su dolor, pues en el caso en que llegara a reconocerlo, probablemente pensaría que no tiene nada que ver con él. Si la mujer sufre un colapso físico o emocional, puede despreciarla aún más, por su debilidad.

En la Unidad de atención psicológica para la violencia intrafamiliar (UAPVIFE) comentan que una mujer víctima de violencia, rara vez se queja de que ha sido golpeada o de que sufre abuso emocional. Si se le ve con hematomas, fracturas o raspones, primero busca ocultarlos bajo la ropa o el maquillaje antes de aceptar la agresión. Además da una

serie de explicaciones con causas absurdas e improbables para justificar sus lesiones, sin embargo, es un hecho manifiesto, que su malestar suele estar acompañado de síntomas depresivos. Aunque en apariencia puede sonreír, se le ve, oye y siente, triste y abatida.

Cuando esto se hace evidente, está ocurriendo algo muy destructivo, es vital ver estos síntomas en el contexto general de los procesos de enfermedad que los ha creado, siendo necesario reconocer la existencia de estas enfermedades lo antes posible, a fin de detener la continua destrucción de la salud emocional y física. Cuando el cuerpo comienza a quebrantarse debido a los efectos de la tensión, entran en la fase crónica. Es posible que el sello distintivo de la fase crónica sea el hecho de que en ese momento, el pensamiento se ha afectado tanto, que a la mujer le cuesta evaluar su situación con objetividad, y es así que puede llegar a amenazar o intentar suicidarse. Es crucial que la persona a quien ella recurra, le ayude a reconocer que es ella quien debe cambiar, que su recuperación debe de empezar por ella misma.

Jacobson y Gottman (2001), mencionan, que las mujeres agredidas experimentan un trauma similar al que padecen los soldados en combate, los niños que han sufrido abusos o las personas que han sido víctimas de una violación; estos síntomas incluyen la depresión, la ansiedad, la sensación de estar separadas de su cuerpo y de insensibilidad al mundo físico, pesadillas y representaciones retrospectivas de los episodios violentos. El síndrome caracterizado por estos síntomas se denomina “síndrome de estrés postraumático”.

#### Características de la dependencia masculina.

La violencia es un síntoma del hombre dependiente, que busca ayuda y lanza llamadas de auxilio de muchas formas, buscando ser rescatado. Esa inestabilidad grave, puede manifestarse de muy diversas maneras: problemas con el dinero, abusos en el comer, beber o de drogas, relaciones caóticas, juegos, apuestas o imposibilidad de conservar el trabajo.

El misógino es un hombre atrapado en el conflicto, entre su necesidad del amor de una mujer y el profundo temor que ella le inspira. Este tipo de hombre necesita, como necesitamos todos, sentir que le importa emocionalmente a alguien, sentirse amado y seguro; así como cubrir su necesidad normal de estar con una mujer, todo esto, se mezcla con el miedo de que ella pueda aniquilarlo emocionalmente. Cree que si ama a una mujer, ella tendrá el poder de hacerle daño, de despojarlo y abandonarlo. Una vez que el mismo le

ha otorgado míticos poderes, la mujer se convierte para él, en una figura aterradora (Forward, 1993).

En un esfuerzo por atenuar sus temores, el misógino comienza por lo común, inconscientemente, a restar poder a la mujer que comparte su vida. Opera basándose en la secreta convicción de que, una vez que la despoje de la confianza en sí misma, ella llegará a depender de él, en la misma medida en que él depende de ella. Y al debilitarla, le quita la capacidad de abandonarlo, calmando su propio miedo, de verse abandonado.

Todas estas emociones, tan intensas como conflictivas, hacen de la compañera del misógino no sólo un objeto de amor y de pasión, sino también el foco principal de su rabia, su pánico, sus miedos e inevitablemente, su odio.

Los hombres dependientes llegan a la condición adulta con sentimientos muy ambivalentes en lo que se refiere a las mujeres, sentimientos que se basan en buena medida en las relaciones que tuvieron con su madre. También vemos la manera en que transfieren esos sentimientos, a las mujeres con quienes se vinculan. Una vez que ha efectuado esa transferencia, un hombre llega a creer que depende de su compañera en la misma medida en que dependía de su madre(Forward, 1993).

#### Características del hombre dependiente.

La dependencia es de una sola forma, pero en el género el comportamiento es diferente. Las características que nos permiten reconocer a un hombre dependiente son: miedo, negación, resistencia al cambio, autoestima, control, violencia.

##### a) Miedo.

Los hombres temen que las mujeres no se comporten de la manera que ellos piensan que deberían comportarse. Y si ellas no actúan como mujeres ¿cómo ellos podrían seguir siendo hombres? En otras palabras, hay hombres que miden su masculinidad comparándola con las mujeres. Necesitan un punto de comparación. Piensan: un hombre debe ser fuerte porque su pareja es más débil, un hombre debe ser lógico y mandar, entonces ¿cómo sabrán que lo es? no se puede mostrar menos competente y con menos capacidad de mando. Para que un hombre tenga la razón, ella tiene que estar equivocada, es decir, un hombre debe ser todo lo contrario de una mujer para sentirse hombre.

Muchos se sienten superiores a las mujeres y por eso temen que una mujer amenace lo que han llegado a ver como su superioridad natural. En cierto nivel se sienten más listos y más competentes que las mujeres. Temen que las mujeres lleguen a tener poder, porque podrían cambiar las cosas, de cómo son ahora (Jayne, 2002).

¿Qué pasa cuando las mujeres empiezan a conseguir trabajos que antes estaban reservados exclusivamente a los hombres? ¿cuándo conducen camiones con remolque, manejan sierras hidráulicas, son policías, entran a academias militares tradicionalmente masculinas o quieren formar parte del ejército y entrar en combate, o presentan la candidatura a presidente de la República? aunque en este siglo, la mujer ha entrado a lugares donde solo el hombre podía hacerlo, el sentir de ellos es que las mujeres no deberían hacer lo mismo que hacen los hombres. Que las mujeres obtengan el poder, ganen dinero, compitan con los hombres, cuestiona la masculinidad de éstos; eso a muchos hombres les sigue asustando y se rebelan.

Algunos hombres les preocupa que las mujeres tengan acceso a poderes y que ocupen su lugar, y que al enamorarse y obsesionarse tanto con ellas, lleguen a perder la visión de todo lo demás, para que luego ella, siguiendo un capricho, los abandone.

Muchos hombres que maltratan a las mujeres, lo hacen por temor a que su mujer tenga más poder que él, de hecho eso los atemoriza. Están convencidos de que si ceden un centímetro, ellas se les subirán, dejándolos sin poder y sin dignidad. Otros tienen miedo de perder su control y de que si eso ocurre, ellas acaben controlándolos a ellos. Algunos otros temen no estar a la altura de las circunstancias y no ser capaces de darle a una mujer lo que quiere. Y en lugar de averiguar qué es lo que realmente desean, prefieren culparlas de pedir siempre demasiado.

Hay hombres que tienen miedo de que los abandonen. La idea les causa desesperación, ansiedad y depresión. Algunos hombres lo que más les preocupa es el hecho de carecer del suficiente dominio sobre la mujer, y no poder evitar que los abandonen. Otros, sin embargo, temen ser abandonados y quedarse solos, cosa que les causa una gran ansiedad. Y como no saben qué hacer con esos sentimientos, caen en la desesperación (Jayne, 2002).

En el fondo, el agresor también siente gran miedo al abandono, pero no lo expresa: la manera de aliviar ese temor es mantener a su víctima demasiado asustada como para que

se decida a dejarlo. Aunque no lo parezca, necesita de ella para demostrar su superioridad. La inseguridad y el temor que experimenta este tipo de persona son tan grandes, que es capaz de hacer cualquier cosa para deshacerse de ellos: emborracharse, drogarse o ponerse agresivo. En el momento de atacar, el miedo desaparece. El miedo del agresor a ser abandonado es de tal magnitud, que cuando se siente amenazado reacciona inmediatamente, ya sea pidiendo perdón, haciendo promesas y juramentos o tornándose más violento (Lammoglia, 2003).

Los hombres que temen que los abandonen, son los que tienen mayor probabilidad de que los dejen, porque ven amenazas de abandono por todas partes y se defienden de tal forma que producen exactamente el resultado contrario, al que con tanta dureza trata de evitar (Jacobson y Gottman, 2001).

#### b) Negación

La mayoría de los hombres que maltratan a las mujeres, negarán inicialmente lo que han hecho, describiendo el hecho, como si no fuera malo o culpando a otro de sus actos. Aunque asuman responsabilidades en otras facetas de su vida, cuando se trata de mostrarse responsable de su mal comportamiento, procuran quitarle tanta importancia como sea posible (Jayne, 2002).

El misógino, es capaz de que su pareja comience a dudar de sus propias percepciones, e incluso salud mental. Son muchas las formas en que es posible inducir a una persona a cuestionar la precisión y la validez de sus propias percepciones. Algunas veces es capaz de convencer a su mujer de que el incidente no existió.

Lo peor de quienes se valen de la negación como táctica, es que generan sentimientos de frustración desesperada. No hay manera de resolver un problema con alguien que te niega la existencia de ciertos hechos, y que insiste en que jamás sucedió algo que ella debe de saber con certeza que es real. Para muchos misóginos, los hechos son como la arcilla, que se puede modelar dándole la forma que mejor justifique sus estados de ánimo o sus necesidades del momento (Forward, 1993).

Si negar de plano sus acciones, alegar amnesia o inventar una mentira descabellada no funciona, otra de las estrategias empleadas por este tipo de hombres, es asegurar que la persona atacada es tan culpable como él. Un alegato en defensa propia es de los más populares. “Ella me pegó primero”, “me tiró agua en la cara y luego intentó bloquearme el



paso". La finalidad de la negación es conseguir lo que quiere y evitar lo que no quiere. Niegan todo, diciendo: "Yo no he hecho eso, es mentira". Si no es posible negarlo, otra estrategia es afirmar que "no recuerdan haber hecho eso".

Otra estrategia es admitir una cosa, es minimizándola de tal manera que acabe no pareciendo tan mala. Por ejemplo: "La empuje para que me dejara pasar, pero no quiso quitarse del paso". Pueden llegar a afirmar que sólo han acompañado a su esposa a la puerta, pero omitiendo que lo hizo después de haberle pegado dos veces, detalles que se les olvida mencionar (Jayne, 2001).

Bastantes, dicen sentirse víctimas y que son ellos lo que han sido maltratados. Se escudan en los supuestos malos tratos infringidos por su pareja, como excusa para maltratarla. En este caso, hay hombres que también superan esta fase rápidamente, mientras que otros no llegan nunca al punto, de dejar de sentir lástima de sí mismos.

c) Resistencia al cambio.

Es difícil entenderlo, pero todavía en algunos lugares y para ciertas personas, el hombre manda y la mujer obedece. Los hombres comentan entre sí, "que esposo deja que su mujer se salga con la suya". Comparan sus comentarios y el marido que recibe más respeto, al menos en esos círculos, es el que hace lo que le da la gana, sin escuchar a nadie, especialmente a su mujer.

Aunque actualmente, casi todo el mundo está de acuerdo en que no es de hombres pegar a una mujer, para este tipo de hombres, si no lo hace, eso significa ser de carácter débil, incluso, es dar la impresión de que la mujer es quien manda.

Los hombres maltratadores, no quieren que los demás, los vean así. La verdad es que estos hombres a veces llegan muy lejos para convencerse a sí mismos de que están bien. Convencerse de esto requiere tanta energía que con lo que les resta, es imposible tratar de lograr aunque sea un poco de cambio.

Los hombres que no cambian, son los que no asumen alguna responsabilidad de quienes son y porque lo hacen. Son fríos, muestran pocos sentimientos hacia los demás, no sienten remordimiento cuando lastiman a otras personas. Esos hombres son calculadores, metódicos o sádicos en sus malos tratos. Tampoco cambian los que odian a las mujeres, los

que maltratan a los animales y los que se muestran violentos con frecuencia o en cualquier parte.

No obstante, la mejor manera de determinar si un hombre está dispuesto a cambiar es que la mujer se lo pregunte. Si dice que no, o dice que sí, pero después no cambia, podrá decidir si quiere pasar el resto de su vida, intentando que cambie de opinión. El hombre que maltrata solo piensa en sí mismo y en lo que percibe mejor, como mejor para él. No quiere ceder nada y no quiere pagar las consecuencias. No desea cambiar (Jayne, 2002)

d) Autoestima.

Detrás de cada acto o abuso hay siempre un enorme complejo de inferioridad. La inseguridad y la baja autoestima hacen de la persona particularmente propensa a agredir a otros. Buscará a alguien con ciertas características de docilidad para maltratarla, ya que su temor será relacionarse con quien pueda estar por encima de él. Debido a su gran complejo de inferioridad, intenta demostrar que es superior maltratando a quienes dependen de él. En la mayoría de los individuos violentos existe una tremenda inseguridad, cobardía, sentimientos de impotencia, sensación de inferioridad, timidez, narcisismo extremo, falta de alegría y envidia a quien tiene las cualidades que él no posee.

Como su imagen se basa en una imagen ilusoria, reacciona cuando ésta se ve amenazada. Es por ello que no toleran ningún tipo de crítica, se defiende con violencia, teme a todo lo incierto, buscan la comodidad de lo predecible; no le gustan las sorpresas y ante la amenaza de verse rechazado siempre atacará. Puede torturar y hasta matar, pero jamás llenará el vacío que siente, nunca dejará de ser un individuo sin amor, aislado del mundo y temeroso.

Cuando el complejo de inferioridad es inmenso, el individuo pierde su capacidad para relacionarse afectivamente y entonces actúa con brutalidad, porque no considera al otro un ser humano. Experimenta un tremendo sentimiento de impotencia y busca con frenesí sentirse poderoso, en ocasiones, la única emoción "poderosa" que encuentra es el odio. El amor es sólo una palabra que utiliza a su conveniencia; no experimenta la emoción del amor y es ese vacío el que lo atormenta.

e) Control.

Todos desean y necesitan dominar a otras personas. Este deseo de control proviene seguramente de una necesidad, de que todas las cosas sean seguras y predecibles. Es posible que hayan crecido en hogares donde todo parecía inseguro o estaba bastante fuera de control. Tener dominados a los demás, permite a un hombre saber lo que va a pasar, ya que es él quien organiza toda la actividad. La otra razón por la que los hombres quieren dominar, es porque en nuestra cultura se espera que los hombres “de verdad” demuestren el poder.

Los hombres violentos, saben perfectamente que el poder se puede utilizar para manipular a los demás. A menudo les preocupa mucho la idea de llegar a ser “zarandeados” por alguien de más poder o autoridad. La violencia, el dominio, casi cualquier cosa, incluida la pérdida de su familia, valen la pena antes que soportar la humillación de no ser respetado (Jayne, 2002).

Las primeras veces que un hombre agravia la autoestima de su compañera, es haciendo tanteos de prueba. Si ese agravio inicial no tropieza con ninguna resistencia, ya sabe, que lo que ella está haciendo, sin darse cuenta, es darle permiso para que persista en ese comportamiento. Necesita controlar a “su mujer” en la forma que piensa, siente y se conduce, decidir por ella, con quien y con qué se compromete. Por consiguiente, sólo han de tener acceso a su vida, los amigos o los miembros de la familia que están de acuerdo con su visión de sí mismo o con su versión de la realidad. Y es probable que rechace a cualquiera que pueda hacerle ver las cosas de diferente manera. Aunque el controlar totalmente a otro ser humano resulta imposible.

Así, el empeño del hombre está condenado al fracaso y, como resultado, se pasa buena parte del tiempo frustrado y colérico. A veces consigue enmascarar adecuadamente su hostilidad, pero en otras ocasiones este sentimiento se manifiesta como abuso psicológico.

En el caso de los hombres se tienen otras tácticas para mantener enganchada a su compañera y una de ellas es hacerle creer que es ella quien tiene la culpa de todo lo que anda mal en la pareja. Con sus críticas y sus alfilerazos constantes carcome la confianza de su mujer en sí misma y sus sentimientos de autoestima.

Si él se siente amenazado de perder algo que para él es importante, pérdida que puede equipararse a una humillación, es muy probable que esto provoque en su balanza psíquica un desequilibrio hacia la brutalidad. Por ejemplo, si su mujer consigue trabajo después de haberse pasado varios años en casa, o si reanuda los estudios o hace nuevas amistades que hacen que él se sienta amenazado o excluido.

El control que un hombre dependiente ejerce sobre su compañera es como las raíces de una planta, se extiende hasta abarcar muchas partes de la vida de ella. El trabajo, los intereses, las amistades, los hijos e incluso los pensamientos y los sentimientos de la mujer, pueden resultar afectados por el control del marido. En esta situación, la confianza en sí misma y la autoestima pueden quedar tan dañadas que produzcan importantes cambios en los sentimientos que ella tiene sobre sí y en su forma de relacionarse con el resto del mundo.

Todos los comportamientos de que se vale el hombre para mantener controlada a su compañera se originan en su profundo miedo al abandono, un miedo del que tiene que defenderse a cualquier precio. En su esfuerzo por aplacar su angustia, el hombre procura alcanzar el control de su pareja destruyendo toda la confianza que ella pueda tener en sí misma, de manera que nunca pueda ser capaz de dejarlo, y él se sienta seguro (Forward, 1993).

El hombre violento sólo se relaciona cuando tiene el poder absoluto sobre el objeto de su amor. Puede torturar y matar, pero jamás llenará el vacío que siente: nunca dejará de ser un individuo sin amor, aislado del mundo y temeroso. Los hombres violentos justifican todos sus actos violentos convencidos de que siempre tienen la razón, difícilmente reconocen tener algún problema, razón por la cual es casi imposible que pidan ayuda.

f) Violencia.

Llamamos violencia, a una forma de relación interpersonal agresiva con la que imponemos a otros nuestros deseos, en contra de los suyos (Hernández, 1991).

Muchos individuos utilizan la violencia física o enmascarada, para resolver sus deseos, hecho que refuerza y prolonga una cultura de violencia con la cual se aprende a vivir. Esta situación nace de una desigualdad, de una posición de superioridad por parte del agresor y una posición vulnerable por parte de la víctima.

En una relación de pareja violenta, siempre hay alguien que gana y otra que pierde. El agresor necesita de alguien a quien humillar para elevar su autoestima y adquirir poder; en el fondo su autoestima es bajísima y tiene una gran sensación de impotencia. De ahí su enorme necesidad de admiración y aprobación, que intenta satisfacer aunque sea por la fuerza. Estamos hablando de una persona perversa que no siente compasión, ni respeto por nadie, por lo cual, jamás reconocerá el sufrimiento que inflige.

Es un individuo enfermo, por consiguiente, nocivo y peligroso. Alguien que no acepta la responsabilidad de sus acciones perversas. Invierte los papeles y culpa a su víctima que tendrá que cargar completamente con la responsabilidad para luego descalificarla.

El hombre está auténticamente convencido de que la cólera contra su compañera se debe a las deficiencias de ella. Para él, es más fácil atacar a su pareja que enfrentarse con las verdaderas fuentes de su rabia. Se siente justificado al desplazar su cólera sobre las mujeres. Parte de su justificación puede provenir de las experiencias que vivió en su casa cuando era niño, pero buena parte de ella se origina directamente de nuestra cultura (Forward, 1993).

Hay hombres que afirman, que de haber sabido que por abofetear a su pareja, lo arrestarían, la hubieran maltratado más. Estas personas justifican todos sus actos violentos, convencidos de que siempre tienen la razón. Muchas veces el hombre que maltrata, sabe muy bien cómo dominar a su pareja sin necesidad de utilizar la fuerza física y lo hacen por alguna de estas razones (Jayne, 2002).

- Humillarla o ponerla en ridículo.
- Aislarla de otras personas y aumentar la dependencia de él.
- Dejar claro que él es el que manda.
- Asustarla para que no le lleve la contraria.
- Culparla de su comportamiento, para seguir actuando de la misma manera.

Las razones de su agresión, pueden ser una de estas cuatro cosas:

- Ser poderoso
- Quedar bien
- Dominar
- Tener la razón

Mientras se acepte que las mujeres merecen ser maltratadas, por el simple hecho de ser mujeres, y mientras los hombres puedan librarse de las consecuencias, los malos tratos continuarán.

Si a un hombre, su comportamiento tiránico no le ocasiona problemas, en el futuro, no encontrará razón alguna para comportarse de manera diferente. Si se le permite salirse con la suya, su actuación se reafirmará, al no tener ocasión de experimentar las consecuencias negativas de su comportamiento. En otras palabras, se convencerá de que seguir siendo violento es una buena idea.

De acuerdo con Leroux (2004), la violencia demerita a la mujer, la hostiga y humilla constantemente, resquebrajando poco a poco su autoestima, lo cual es requisito indispensable para que las reglas del juego machista, se perpetúen. Las secuencias de la violencia tienen largo alcance, a veces duran toda la vida y llegan a la siguiente generación. El abuso jamás debe ser callado, negado, minimizado o disculpado.

Al ejercer la violencia el individuo se desconecta emocionalmente, a partir de lo cual desaparece cualquier inhibición, de ahí que la violencia pueda alcanzar las formas más graves de destrucción. En el acto de crueldad, la persona no está consciente de que el otro, es un ser que siente (Lammoglia, 2003).

Sería un buen comienzo fomentar más el respeto a esas diferencias por status o sexo en la sociedad. Sería importante que así como en el trabajo, se cambiaron las jornadas extenuantes de labores, también se acabara el abuso del hombre sobre la mujer y de los adultos hacia los niños. La violencia es un problema psicosocial que se ha filtrado a los hogares, que daña y perturba emocionalmente a todos los involucrados; y no solo se habla de golpes, la violencia se vive de muchas formas, como:

#### Violencia Física.

El golpear a una persona es una agresión física, que tiene un objetivo: controlar, intimidar y someter a otro ser humano. Estos golpes van siempre acompañados de abuso emocional, a menudo de heridas físicas, y prácticamente siempre tienen que ver con el temor y la intimidación hacia la mujer agredida (Jacobson y Gottman, 2001).

Cualquier manera intencional de infligir dolor es considerada violencia física: pellizcos, arañazos, mordidas, jalones de pelo, bofetadas, golpes, quemaduras,

estrangulamiento, machetazos, abuso sexual y toda lesión provocada con cualquier objeto. Esta lista es interminable y aberrante.

Aunque en muchas ocasiones la violencia física es notoria por las huellas que deja la víctima, en la mayoría de los casos es imposible darse cuenta porque el agresor cotidiano, elige áreas del cuerpo no visibles a la vista, identificadas solo al quitarse la ropa (Lammoglia, 2003).

Según Jacobson y Gottman (2001) en una de sus investigaciones relatan que el nivel de violencia de algunos hombres disminuye con el tiempo, pero pocos son los que dejan de agredir por completo; y cuando dejan de hacerlo, siguen abusando emocionalmente de su pareja.

La violencia masculina causa mayor daño que la femenina: hay muchas más probabilidades de que una mujer resulte herida e ingrese al hospital por haber sido agredida por su pareja y necesite asistencia médica. Es mucho más probable que las esposas mueran victimadas por su marido que a la inversa; en realidad hay más probabilidades de que las mujeres sean asesinadas por sus parejas, que por los demás tipos de asesinos potenciales combinados.

Violencia emocional.

La violencia emocional en la pareja se caracteriza por una agresión constante. Las heridas ocasionadas por abuso emocional, aunque invisibles, duelen durante mucho tiempo y dañan el carácter. Cualquier actitud de comportamiento que interfiera con la salud mental o el desarrollo social es una forma de abuso. Se está hablando de violencia disfrazada, de agresiones sutiles que como los golpes, causan estragos. En un intento por elevar la propia autoestima, el agresor, sin compasión, ni respeto, busca humillar al otro.

La agresión emocional puede disfrazarse de muchos modos, en apariencia inofensivos; una pregunta, un sarcasmo, una burla, una indirecta, una sonrisa sarcástica o una simple observación. El agresor siempre consigue herir a su víctima, y la humillación es tanto más eficaz cuando se realiza en presencia de otros.

Así mismo, puede haber insinuaciones u omisiones, algo que no se dice, una actitud distante o de indiferencia, falta de agradecimiento, amenazas, abandono, chantaje, críticas, comentarios desestabilizadores disfrazados de exceso de amabilidad o frases en las que lo

más importante no son las palabras, sino el tono que se utiliza. La víctima es humillada constantemente, en deterioro de su dignidad. Su verdugo la pone en evidencia o se burla de ella en público, levanta los ojos al cielo en un gesto de desaprobación o la bombardea con indirectas y comentarios hirientes (Lammoglia, 2003).

A través de una frialdad no evidente, y utilizando un lenguaje no verbal que confunda tanto a la víctima haciéndola dudar de sí misma, el agresor va destruyendo lentamente la autoestima de esta persona. Se trata de una manipulación perversa, de una conducta malévola capaz de destruir moral y hasta físicamente a una persona. Cualquier tipo de abuso emocional puede conducirse a problemas de autoestima en el largo plazo, cuyas profundas repercusiones arruinarían las relaciones presentes y futuras.

Una vez que el agresor ha logrado su dominio mediante la violencia y la amenaza de más violencia, el abuso emocional a menudo mantiene a la mujer en un estado de sometimiento sin que el agresor tenga que recurrir a la fuerza física. Como la violencia se emplea para lograr el control, para el agresor es más conveniente limitarse al abuso emocional. Este tipo de abuso le recuerda a la mujer que la amenaza de violencia está siempre presente y ésta suele bastar para mantener el control. Casi ningún agresor disminuye la violencia emocional.

A veces transcurrido un tiempo, algunos agresores reducen el uso de la violencia física y se centran básicamente en el abuso emocional (éste asusta a las mujeres agredidas, tanto como el abuso físico) éste ayuda a mantener el poder y el control, sin que los agresores corran el riesgo potencial de tener problemas con la ley.

De acuerdo con Jacobson y Gottman (2001), este tipo de violencia puede ser muy tenue, pero siempre es constante y aniquilador. Lenta y sutilmente una persona puede hacer pedazos a otra. El agresor es un tirano que hiere sin dejar rastro; por esta razón, la víctima no tiene pruebas que pueda presentar ante un Ministerio Público, como en el caso de la violencia física. En este proceso lento y devastador, la víctima cae en un estado de depresión permanente y pierde la alegría de vivir, porque está siendo destruida por otro.

Además el abuso emocional no está castigado por la ley, mientras que el abuso físico y sexual si lo está. Es fácil incurrir en el error de pensar que, si ya no hay violencia, ya no se produce ningún tipo de abuso. Pero el abuso emocional es una eficaz forma de recordar y de



sustituir el abuso físico, y por lo tanto, puede ser igual o más efectivo que éste a la hora de controlar a las mujeres.

Teniendo en cuenta todos estos factores, no resulta sorprendente que ese abuso de ellas, sea una de las causas principales por las que las mujeres abandonan a sus maridos.

Violencia sexual.

La violencia sexual es a últimas fechas de interés para la sociedad, gobiernos, organismos no gubernamentales y particulares. Sin embargo, su incidencia frecuentemente ha sido, subestimada.

Dentro de la pareja (PROMSA, 2002), se da también la violencia sexual, llamada violencia sexual doméstica, y actualmente considerada como un delito. En muchos casos es aceptada, debido a la cultura machista. “Siempre que él quiera, ella tiene que estar dispuesta”, suele ser el consejo de gran número de madres a sus hijas cuando van a casarse. Se cree que a los hombres les está permitido hacer todo lo que se les ocurra, mientras que las mujeres están obligadas a aceptar y aguantar (Lammoglia, 2003)

La violencia sexual puede darse de muchas formas, una de ellas es tener relaciones sexuales, solo cuando al misógino se le ocurra. Si es un hombre sexualmente egoísta, solo sus necesidades tendrán importancia, y sólo será aceptables aquellas formas, que a él le complazcan.

Uno de los primeros cambios que observan muchas mujeres es que los contactos sexuales se mecanizan, desapareciendo la atención y el afecto que al comienzo de la relación, formaba parte de ellos. El hombre, deja de dar tiempo a su compañera para que se excite, de manera que el placer de ella acariciar, abrazar y besar, se reduce. El hombre capaz de valerse del mito de que la “satisfacción sólo se alcanza en el coito”, usándolo en su favor y en contra de su compañera. Otros hombres eligen una vía menos directa para expresar su hostilidad y controlar la relación. Son los negadores sexuales, que castigan a la mujer denigrándola y humillándola si ella busca el contacto sexual. Algunos otros alcanzan su hostilidad infligiendo dolor físico durante la relación sexual. Da lo mismo que pellizquen, muerdan o violen a la mujer con el fin de hierirla.

Forward (1993) se refiere a esto, como una actividad desagradable para la mujer, pero en las que él persiste aun cuando a ella le causen dolor o incomodidad, o su fin es que

se sienta menospreciada. Cualquier mujer que siga permitiendo actividades sexuales que le repugnen o le resulten dolorosas, se siga dejando dirigir a modelos de comportamiento sexual sacrificado, en donde las necesidades y deseos de su compañero tengan en forma continua, la prioridad sobre las de ella, terminará invariablemente en la frigidez sexual.

El desarrollo de este capítulo, nos permite reconocer cada una de las características que se relacionan con la dependencia masculina y femenina. Cualquier persona no importando el género, se puede quedar atrapada en una relación dependiente, en la cual se crean conflictos emocionales con uno mismo y para con los demás. De esta manera, el análisis de la dependencia emocional permitirá a su vez reconocer la diferencia que existe con respecto a la codependencia, en una relación de pareja.

## CAPÍTULO 3 LA CODEPENDENCIA

### 3.1 Definición de Codependencia.

“No existe la libertad, sino la búsqueda de la libertad, y esa búsqueda es la que nos hace libres” *Carlos Fuentes (1929-2012)*

La Codependencia se ha definido como un patrón de comportamiento que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no ser de tipo afectivo (Pérez y Delgado, 2003).

Se empezó a hablar de Codependencia a partir de los años 70s, en ese momento lo que se buscaba era describir a las personas que presentaban una relación directa con personas que tenían problemas de farmacodependencia. (Castello, 2005)

Al paso del tiempo se empieza a hacer referencia al codependiente como esa persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a una persona farmacodependiente, a pesar de que esto la involucrara en situaciones de vida conflictiva, ya que la persona con problemas de farmacodependencia, constantemente sufre recaídas, provocándole al codependiente sentimientos de frustración. (Cocores, 1987)

Posteriormente al hablar de un codependiente, se relacionaba con aquellas personas que tenían contacto directo con alguna persona con problemas de adicción de cualquier tipo, y con personas con enfermedades crónico degenerativas.

Así, a través de las siguientes definiciones, se empieza el constructo de la definición de Codependencia:

- Como un esbozo de vida disfuncional que emerge en la familia de origen, produciendo un esquema de estancamiento en el desarrollo de las personas codependientes.
- Como la conducta presentada por una persona para ajustarse a un cónyuge, generándole un acontecimiento estresante
- Como un patrón de dolorosa dependencia entre dos personas, donde se presentan comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación constante
- Como una característica emocional y psicológica de la conducta que aparece como consecuencia de un conjunto de reglas opresoras que impiden la demostración abierta de sentimientos y el diálogo sobre problemas personales e interpersonales.
- También se ha señalado a la Codependencia como una patología, del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o asumir las responsabilidades de otros.

Para la presente intervención se define Codependencia como:

Enfermedad que sufre una persona, la cual está caracterizada por la necesidad de cuidar y vivir la vida de otra persona, olvidándose de la propia, generando conductas de tristeza, ansiedad, enojo, confusión mental y trastornos psicósomáticos entre otros, lo cual da como resultado una personalidad obsesiva – compulsiva, que se traduce en “la necesidad de no poder vivir contigo, pero tampoco poder vivir sin ti”.

Distintos teóricos marcan el hecho de que la Codependencia no es un fenómeno específico atribuible a las mujeres, aunque los condicionamientos sociales y culturales hayan determinado, una alta prevalencia en ellas, de este problema.

En la actualidad la Codependencia se define como una adicción a una persona y a sus problemas y se ha llegado a afirmar que la adicción y la codependencia son la misma enfermedad porque comparten las mismas características: negación, obsesión, compulsión y pérdida de control (Haaken, 1993)

La Codependencia sería, una forma de adicción como la farmacodependencia, la ludopatía u otras adicciones.

La expresión sintomática del codependiente se caracteriza por la necesidad de tener el control sobre el otro, por una baja autoestima, un autoconcepto negativo, la dificultad para poner límites, la represión de sus emociones, hacer propios los problemas del otro, la negación del problema, ideas obsesivas y conductas compulsivas, el miedo a ser abandonado, a la soledad, al rechazo o por su extremismo. Además se siente víctima, porque sacrifica su propia felicidad, tiene dificultad para la diversión y se la pasa juzgándose (Beattie, 2001).

### 3.2 Tipología de la Codependencia

Se han identificado cuatro tipos de codependientes:

*El codependiente directo* que presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico, porque su conducta va, desde proporcionarle la droga, hasta darle dinero o el lugar donde pueda consumir la droga.

*El codependiente indirecto* que mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar, pero a la vez, protege al adicto, y evita que se responsabilice de sus acciones.

*El codependiente tolerante*, que desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto, sino contemplar cómo se autodestruye, pero queriendo rescatar lo que queda de bueno y noble en él.

*El codependiente perseguidor* es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de rastreo para descubrirlo, es el que opera con un control externo.

Heaken (1993) Se ha encontrado que la codependencia puede formarse a partir de las necesidades no satisfechas durante su infancia, en el ser humano, las cuales han impedido una maduración conveniente para poder adaptarse a situaciones de relaciones interpersonales.

Los codependientes insisten en repetir las mismas conductas ineficaces, que utilizaron cuando eran niños, para sentirse importantes, queridos o aceptados y mediante esas conductas, buscan aliviar el dolor y la pena, por sentirse abandonados. Sin embargo, paradójicamente las conductas codependientes perpetúan esos sentimientos.

Este vínculo defectuoso que establece el codependiente, está colocado en la preocupación por lo que el otro piensa, en el miedo a la pérdida de la relación, sintiendo y vivenciando la culpa y siempre tratando de repararla. El codependiente percibe un mundo peligroso, entre la necesidad de proteger y el temor a ser abandonado, anticipando la excesiva separación y sobre todo la pérdida de amor.

### 3.3 Identificando a un codependiente

Los distintos teóricos que estudian la codependencia concuerdan que es muy difícil establecer un perfil específico para una persona con problemas de codependencia, sin embargo a través de una recopilación de información documental se ha logrado obtener las características más comunes en estas personas.

En primer lugar se habla, de que las personas con problemas de codependencia, provienen de un ambiente disfuncional, donde se da la violencia familiar y en la mayoría de las ocasiones, hay presencia de adicciones tanto químicas, como emocionales y/o sociales; al mismo tiempo se observa que las personas con problemas de codependencia, tienen historias de rechazo, abandono, abuso sexual o incluso sobre protección parental.

#### Área Interpersonal

*Estrategia:* buscan personas que puedan depender de ellos y no amenacen con marcharse, por lo que sus relaciones están determinadas por la necesidad de ser necesitados (Jimenez, 2001). La estrategia de personalidad es cultivar relaciones de dependencia, en las que se pretende asumir posiciones de poder y control, de esto depende su propia seguridad y valoración personal. Para esto suprime su propia emoción dirigiendo su atención hacia los problemas de otros, así evade su propia realidad como sus sentimientos. Por consiguiente la capacidad de estar en contacto consigo mismo está reducida.

Es importante aclarar que el codependiente busca principalmente alguien a quien cuidar, contrario al dependiente “puro” que busca quién se haga cargo de él y adopta una estrategia de sumisión.

*Relaciones Interpersonales:* Se relacionan con personas en dificultades: emocionalmente inaccesibles, frías y distantes, no disponibles por distancia física o por la existencia de otra pareja; con problemas de adicciones químicas y/o emocionales, con falencias de la personalidad y en el control de los impulsos, con enfermedades médicas graves o algún otro tipo de incapacidad.

Personas a las que pueden “ayudar” y esperar en retribución, amor y aceptación. Precisa relacionarse con personas cuyas dificultades sean más graves que las propias para lograr sentirse “útil”, mejor consigo mismo y comparativamente no tan mal al ver su propia historia y situación. La magnitud de los problemas de las personas con que se relaciona hace que los propios parezcan poco graves. Como consecuencia y dadas las características de busca en las personas con las que se relaciona, existe un historial de relaciones afectivas frustrantes a nivel psicológico y/o físico.

*Disfunciones en la intimidad:* miedo al abandono y/o temor a la soledad. Mantiene una relación no satisfactoria simplemente para no estar sólo o para no re-experimentar abandono o desamparo. Reserva, desconfianza y celos hacia la pareja. Al codependiente le es difícil ser vulnerable y tomar riesgos para la intimidad. Teme ser herido, traicionado, engañado, criticado, abandonado o rechazado al entregar sus verdaderos sentimientos, flaquezas y

debilidades. En consecuencia se muestra fuerte y en control, suprime sus emociones con el fin de lograr seguridad.

*Déficits de la Asertividad:* Dificultad para renegociar sus relaciones y poner límites. Le es difícil identificar dónde terminan los otros y empiezan sus propios derechos, soporta transgresiones y abusos en todo sentido. Frente a las dificultades interpersonales puede oscilar entre el silencio pasivo y la explosión agresiva.

#### Área Emocional

*Obsesión:* Pensamiento obsesivo en relación a los problemas de la pareja, continuamente está tratando de idear nuevas estrategias para controlar y dominar la situación. Rumiación de pensamiento en torno a problemas que no está bajo su alcance solucionar (generalmente de otras personas). Anticipa constantemente peligros interpersonales que intentará neutralizar. La persona codependiente se obsesiona con el control interpersonal.

*Compulsión:* La obsesión con el control interpersonal lo lleva a intentar frenéticamente impedir el desastre interpersonal por lo que su comportamiento es compulsivo en este sentido, es así como posee un repertorio de conductas por un lado manipulativas y por otras retentivas de su pareja o de otras personas significativas. Además, pueden existir en distintos grados otros comportamientos compulsivos como perfeccionismo, orden, limpieza, desórdenes en la alimentación, atracones de comida con o sin vómito inducido y/o períodos prolongados de aguantar hambre; abuso de sustancias psicoactivas (píldoras, tabaco, alcohol, etc); otras compulsiones (por ejemplo, el trabajo, el sexo o el deporte). Son personas impulsivas y actúan sin pensar en las consecuencias a largo plazo.

*Necesidad de Control:* Su necesidad de controlar, dominar las situaciones, como también su necesidad de ocultar de sí mismo y de los demás, la realidad de lo caótico de su vida pasada y presente, dificultan que reconozca ante sí mismo la necesidad de ayuda. Por esta razón se muestran reacios a recibir ayuda profesional, de organizaciones y sólo lo harán en medio de una crisis supremamente profunda que signifique un fondo en la progresión de su enfermedad. Necesitan mantener el control sobre la exteriorización de sus emociones y pueden mostrarse rígidas o reservadas.

*Emocionalidad caótica:* Su sistema emocional se comporta de forma caótica (a pequeñas causas, grandes efectos. La causa original se amplifica dentro del funcionamiento del sistema dando como resultado un efecto impredecible) se pasa con facilidad de la alegría o euforia, a la tristeza profunda o la ira. Puede verse inundada por sentimientos y emociones que no comprende, cuyo origen no conoce. Tiende a sobrereaccionar y a sobrevalorar estímulos. En este sentido sus miedos profundos y apego a relaciones que interpretan como “seguras” son el componente emocional y afectivo que constituye el núcleo de la afección.

#### Área Cognitivo Personal

*Autoesquema Negativo:* baja autoestima, autoeficacia, autoconcepto, autoimagen negativa, en diferentes grados.

*Estándares de evaluación:* Es hipercrítico consigo mismo y con los demás. Suele evaluar con parámetros muy elevados que aplica a sí mismo y a los demás.

*Contacto consigo mismo:* Está más en contacto con las necesidades, deseos, sentimientos de otros que con los propios, su alta necesidad de aceptación y confirmación, hace que se acomode a los deseos y necesidades de otros. Por lo tanto, le es muy difícil reconocer sus propios deseos, sentimientos o necesidades.

*Estrategias de Autoengaño:* Negación a nivel de la realidad propia, de su pareja y entorno (no reconoce lo que realmente ocurre). Sus sentimientos al respecto (se desconecta bloqueando sus emociones presentes y pasadas). No sabe lo que siente, se le dificulta nombrar sus estados de ánimo y sus emociones, tras años de práctica de la negación y la represión no puede atravesar la *barrera verbal* (Steiner, 1998).

#### ✚ Área Afectiva Motivacional

*Estado Afectivo:* Tendencia a la depresión y/o a la ansiedad, y a la angustia. Incapacidad para elaborar pérdidas: incapacidad para resignarse y elaborar la pérdida afectiva que se evidencia en la equivocación para terminar la relación, aun cuando ésta se perciba como dañina, no gratificante o maltratante.

*Dependencia Afectiva:* Depende de su pareja y otras personas para lograr la sensación de seguridad y valía personal. El tiempo que ha pasado sin pareja es mínimo, salta de una relación a otra sin tomar el tiempo necesario para elaborar la pérdida y cuando es inminente la ruptura a menudo tiene otras opciones disponibles que ya ha cultivado, o bien, permanece en una larga relación de dependencia donde no se satisfacen sus necesidades emocionales, afectivas y resulta además maltratante. Sus relaciones hacen a su pareja el centro de su vida y las verbalizaciones prototípicas son: "Mi vida no tiene sentido sin él (ella)", "No puedo vivir sin él (ella)". Existe *Síndrome de abstinencia emocional* cuando se intenta romper la relación o se termina, que se manifiesta con ansiedad, angustia y depresión. Por lo que los intentos de ruptura no prosperan o se busca rápidamente una relación sustituta.

*Enfermedades Psicosomáticas:* Frecuentemente padece enfermedades relacionadas con el estrés. Tiende a la somatización, presenta úlceras, gastritis, dolores de cabeza, dolores de espalda, resfriados recurrentes, alergias.

#### Otras características Frecuentes:

- ✚ A menudo escoge profesiones asistenciales que le permitan cuidar de otros y no preocuparse de sí mismo, tales como enfermería, consejería, psicología, trabajo social, medicina, ministerio religioso, educador, etc.
- ✚ Hacen amenazas frecuentes de abandono para presionar el cambio en la pareja sin embargo éstas no se hacen efectivas. Por ejemplo: "Si no cambias, te abandonaré"
- ✚ Pensamiento absolutista en términos de todo o nada; siempre, nunca; blanco, negro. Las cosas y las situaciones se expresan en extremos. Los gradientes no se consideran.



- ✚ Las personas agradables o sin problemas por resolver les resultan aburridas y le es complicado relacionarse con ellas.
- ✚ Tiene una habilidad innata para detectar personas en dificultades y ofrecerles su ayuda aunque no sea solicitada.
- ✚ Teme a las emociones intensas en sí mismo, en otros y a las figuras de autoridad.
- ✚ Habla casi siempre de los demás y evita hablar de sí mismo, su historia está llena de secretos o habla de su pasado doloroso. Su pasado es prohibido y se ve como algo ya superado, rara vez lo relaciona con la problemática actual (si la percibe).
- ✚ Cuando alguien se muestre emocionalmente perturbado automáticamente intentará averiguar lo que sucede y lo que siente para mejorar las cosas.
- ✚ Miente sobre sus emociones y sentimientos, intenta disimular la realidad de lo que sucede con su pareja o familia y encubre a la persona con problemas. Sin embargo en la intimidad acusa, critica y regaña.

Siendo el codependiente aquella persona que pierde el control de su propia vida y sus propios límites, e invierte toda su energía en el resto de las personas, tiene una gran necesidad de pertenecer, de ser útil, el codependiente es una persona que depende emocional, psicológica, espiritual, física o financieramente de otra persona, la cual también está enferma, incapacitada o necesitada.

Beattie (2003) define al codependiente como una persona que permite que la conducta de otra persona le afecte, y está obsesionado con controlar la conducta de esa otra persona. Menciona que algunas de las características que presentan los codependientes con las cuales podría identificarse a una persona con problemas e codependencia, son las siguientes:

Baja autoestima. Los codependientes tienden a:

- ✚ Buscar desesperadamente amor y aprobación.
- ✚ Culparse y criticarse por todo, aún por su manera de pensar, de sentir, de verse, de actuar y de comportarse.
- ✚ Rechazar cumplidos o halagos y deprimirse por la falta de ellos (privación de caricias).
- ✚ Sentirse diferentes del resto del mundo.
- ✚ Temer al rechazo.
- ✚ Victimizarse.
- ✚ Les cuesta trabajo tomar decisiones.
- ✚ Esperar la perfección de sí mismos y se culpabilizan o avergüenzan de ser lo que son.
- ✚ Consideran que sus vidas no valen la pena. Por eso tratan de ayudar a otros a vivir su vida y obtienen sentimientos artificiales de autoestima ayudando a los demás.
- ✚ Desean que otros los estimen y los amen.
- ✚ Se conforman con sentir que los necesitan.

Represión. Muchos codependientes:

- ✚ Empujan sus pensamientos y sentimientos fuera de su conciencia a causa del miedo y la culpa.
- ✚ Se atemorizan de ser como son.

Obsesión. Los codependientes tienden a:

- ✚ Sentirse muy ansiosos por los problemas y por la gente.
- ✚ Pensar y hablar mucho acerca de otras personas.
- ✚ Vigilar a la gente
- ✚ Tratar de sorprender a la gente en malas acciones.
- ✚ Sentirse incapaz de dejar de hablar, de pensar o de preocuparse acerca de otras personas o problemas.
- ✚ Abandonar su rutina por estar tan afectados por alguien o por algo.
- ✚ Enfocar toda su energía en otras personas y problemas.

Control. Muchos codependientes:

- ✚ Han vivido en situaciones y con personas que estaban fuera de control, causándoles penas y desengaños.
- ✚ Tienen miedo de permitir que los demás sean como son y no dejan que las cosas sucedan de forma natural.
- ✚ No pueden manejar el miedo que experimentan frente a la pérdida de control. Piensan que ellos saben cómo deben ser las cosas y cómo debe comportarse la gente.
- ✚ Tratan de controlar los sucesos y a la gente por medio de su desamparo, de sentimientos de culpa, de coerción, amenazas, manipulación, dominio de dar consejos.
- ✚ Aunque eventualmente fracasan en sus intentos, intentan provocar la ira de los demás, sienten frustración y enojo: se sienten controlados por los eventos y por las personas.

Negación. Los codependientes tienden a:

- ✚ Ignorar o minimizar los problemas.
- ✚ Fantasear sobre cómo las cosas mejorarán mágicamente.
- ✚ Confundirse, deprimirse o enfermarse. Acudir a doctores o tomar tranquilizantes.
- ✚ Volverse fanáticos del trabajo.
- ✚ Gastar dinero en forma compulsiva. Comer en exceso.
- ✚ Negar lo que sucede.
- ✚ Creer en mentiras y mentirse a sí mismos.
- ✚ Sentir que se están volviendo locos.

Dependencia. Muchos codependientes:

- ✚ No se sienten felices, contentos ni en paz consigo mismos.
- ✚ Buscan la felicidad fuera de sí mismos.

- ✚ Se pegan a cualquier cosa o persona que ellos piensan que les pueda brindar felicidad y se sienten amenazados por la pérdida de aquellos.
- ✚ A menudo buscan amor de gente que es incapaz de amar.
- ✚ Creen que los demás nunca están cuando los necesitan.
- ✚ Relacionan el amor con el dolor.
- ✚ Más que amar a las personas, las necesitan.
- ✚ No se toman el tiempo para juzgar si otras personas les convienen.
- ✚ Tampoco investigan si ellos aman a otras personas o si estas les caen bien.
- ✚ Centran sus vidas alrededor de otras personas.
- ✚ Concentran todos sus sentimientos de bienestar de sus relaciones en los demás. Pierden interés en sus propias vidas cuando aman.
- ✚ Dudan en su capacidad de cuidarse a sí mismos.
- ✚ Toleran el abuso para sentir que la gente aún los ama.
- ✚ Se sienten atrapados en las relaciones.

Comunicación débil. Los codependientes a menudo:

- ✚ No dicen lo que sienten, no sienten lo que dicen, no saben lo que sienten.
- ✚ Piden lo que desean y necesitan de manera indirecta, suspirando.
- ✚ No estar seguros de saber cuál es el camino correcto.
- ✚ Hablan demasiado a fin de no comunicar lo importante.
- ✚ Evitan hablar sobre sí mismos, de sus problemas, sentimientos y pensamientos.
- ✚ Dicen que tienen la culpa de todo o bien, dicen no tener culpa de nada.
- ✚ Creen que sus opiniones no importan.
- ✚ Mienten para protegerse a sí mismos.
- ✚ Se les dificulta expresar sus emociones de manera honesta, abierta y apropiada.
- ✚ Creen que la mayor parte de lo que tienen que decir es irrelevante.
- ✚ Comienzan a hablar con cinismo, de manera autodegradante u hostil.

Límites débiles. Los codependientes a menudo:

- ✚ Dicen no tolerar ciertas conducta en los demás y poco a poco incrementan su tolerancia hasta que permiten y hacen cosas en que habían dicho que jamás harían.
- ✚ Permiten que otros los lastimen, y se pregunten por qué se sienten lastimados.
- ✚ Se quejan, culpan y tratan de controlar al tiempo que siguen actuando igual.
- ✚ Finalmente se enojan y se vuelven completamente intolerantes.

Falta de confianza. Los codependientes:

- ✚ No tienen confianza en sí mismos, no confían en sus sentimientos.
- ✚ No confían en sus decisiones, no confían en los demás.
- ✚ Tratan de confiar en gente poco digna de confianza.
- ✚ Piensan que Dios los ha abandonado, pierden la fe y la confianza en Dios.

Ira. Muchos codependientes:

- ✚ Se sienten asustados, heridos y enojados y reprimen estos sentimientos.
- ✚ Viven con gente atemorizada, herida y llena de ira.
- ✚ Tienen miedo de su propia ira y de la ira de otras personas.
- ✚ Piensan que otras personas los hacen sentirse enojados.
- ✚ Se sienten controlados por el enojo de otras personas.
- ✚ Lloran mucho, se deprimen, comen en exceso, se enferman, hacen cosas malvadas y sucias para vengarse, actúan de manera hostil y tiene estallidos violentos.
- ✚ Sienten cantidades crecientes de ira, resentimiento y amargura.
- ✚ Se sienten más seguros con su ira que con sus sentimientos heridos.

Problemas sexuales. Los codependientes.

- ✚ Tienen relaciones sexuales cuando preferirían que los abrazaran, los protegieran y los hicieran sentirse amados.
- ✚ No disfrutan del sexo porque están muy enojados con la pareja, tiene miedo de perder el control.
- ✚ Se alejan emocionalmente de la pareja.
- ✚ Reducen el sexo a un acto técnico.
- ✚ Pierden interés por el sexo.
- ✚ Inventan razones para abstenerse de él.
- ✚ Fantasean o tiene un romance extramarital.

El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo, etc) es por eso que es muy común que se relacione con gente “problemática”, justamente para poder rescatarla y crear de este modo un lazo que los una. Así es como el codependiente, al preocuparse por el otro, olvida sus propias necesidades, cuando la otra persona no responde como él espera, este se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más. Con su constante ayuda, el codependiente busca

generar en el otro, la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado cree que de este modo nunca lo van a abandonar.

Es muy común que en una relación, el codependiente no pueda poner límites y sencillamente todo lo perdona, a pesar de que la otra persona llegue a herirlo de manera deliberada, esto es simplemente porque el codependiente confunde la “obsesión” y “adicción” que siente por el otro con un inmenso amor que todo lo puede. Por ende, el codependiente es incapaz de alejarse por sí mismo de una relación enfermiza, por más insana que esta sea, y es muy común que lleguen a pensar que más allá de esa persona se acaba el mundo. Hasta que reconocen su condición psicológica y buscan ayuda, para terminar con Codependencia o no volver a generar su Codependencia en otras personas o en futuras relaciones. Hay quien opina que sí, que hay personas que se enamoran siempre de quienes parece necesitar ayuda pero no para amarle, sino para sentirse útiles y queridos. Una obsesión a la que se aferra como un alcohólico a la botella y que puede acabar siendo igual de destructiva.

### **3.4 Codependencia y el sistema familiar adictivo**

Los familiares que sufren de codependencia, se adentran obsesiva y compulsivamente en los problemas del adicto hasta que su propia conducta queda alterada, lo que genera que su calidad de vida disminuya, este tipo de comportamientos puede llegar al extremo de conducir a un estado patológico, afectando distintas esferas en ellas, como son: el rendimiento laboral, escolar, sus interrelaciones y hasta su propia actividad psíquica. (Jiménez, 2001)

Estas relaciones obsesivas que se presentan, generan que la codependencia sea una enfermedad emocional, que muestra su primer síntoma a través de un mecanismo de defensa que es la negación. El codependiente vive su propio infierno y se engaña constantemente culpando al adicto, este se vuelve cada vez más tolerante a las conductas destructivas del adicto (Washton, 1995)

Como ya se ha comentado la codependencia tiene sus orígenes en las familias disfuncionales, con un ambiente lleno de estrés, violencia y adicciones. En este tipo de ambientes, se ha observado también, que los más afectados son los niños, debido a que necesitan seguridad y modelos que imitar; necesitando aprender a separar pensamientos, de sentimientos. Esto no es posible, ya que en un ambiente de codependencia, se carece de

un espacio vital, generando que ellos se sientan, como los adultos, cangando con las emociones de los otros y con sus deseos, no logrando crear sus propios sentimientos.

En una familia donde está presente el problema de codependencia, el padre es descrito como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo (s), mientras que la madre está al frente, de una forma hiperinvolucrada e indulgente y por momentos simbiótica.

Schwartzman (en Stanton et al, 1997), describe dos tipos de padres de adictos, que también se presentan en la codependencia:

1. El hombre de paja: es autoritario y violento, pero fácilmente controlado por la madre.
2. El tipo distante: que está en segundo lugar, después de la madre, en lo concerniente al poder dentro de la familia

Cuando se tiene un proceso adictivo en casa, el codependiente también está teniendo su propio proceso, jugando el rol de proveedor del adicto, donde el codependiente lo que busca, es evitar que el adicto se enfrente a las consecuencias negativas de su trastorno.

Sin embargo en su intento de rodearlo con una capsula protectora, lo único que genera es que el adicto no enfrente las consecuencias de sus decisiones, el codependiente respalda estas conductas argumentando que de no hacerlo, pone en riesgo la estabilidad familiar.

En las familias con problemas de adicción se presentan distintos roles, y dentro de estos roles nos encontramos con personas codependientes (Jiménez, 2001)

- *El codependiente persecuidor*: este desempeña el papel de crítico constan de de la conducta del adicto, constantemente lo cuestiona por no dejar de consumir, adopta el rol de juez o policía. Cabe mencionar que este codependiente asume las características de controlador, por lo cual presenta una figura paternalista y de superioridad ante el adicto.
- *El codependiente víctima*: la característica fundamental de este es sentirse maltratado por el adicto, se queja constantemente de ser desobedecido, abandonado no entendido, agredido verbal o hasta físicamente, no está dispuesto a pedir ayuda y

cuando se la ofrecen busca boicotearla, es de puntualizarse que este rol lo presentan más las mujeres o hijos de los adictos.

- *El codependiente salvador*: es el que siempre acude a “salvar” al adicto en un momento de crisis emocional o de consumo, conoce los lugares donde ubicarlo, resuelve las situaciones económicas o legales generadas por el adicto. Este tipo de codependiente pasa del controlador, al sumiso, alternando en su actuar ambas características, según sea la necesidad de su intervención en la crisis a resolver.

Todos estos roles que asume el codependiente, exigen que se desconecte de sus necesidades propias e incluso de sus emociones, se aprende a estar dentro de un rol en una situación caótica, estrategia que les permite adaptarse a la familia disfuncional, donde se vive la vida de otro integrante nunca la propia, lo que desencadena un ambiente lleno de amenazas y carencias emocionales.

La mayoría de las personas que padecen codependencia son mujeres, pues la conciencia social a fungido como juez influyendo en el rol femenino. La sumisión y la abnegación de la mujer han sido ancestralmente manipuladas para su denigración, trayendo como consecuencia que en situaciones destructoras ellas consideren que es normal que las traten así (González, 2002)

Sin embargo la codependencia también se puede dar en otros casos como son:

- La hija de una persona codependiente (conducta aprendida).
- La joven que se convierte en la madre de su hermanito.
- La madre y su relación con algún hijo que presente una incapacidad orgánica.
- Una niña (o) que sufre maltrato físico y/o abuso sexual.
- Una madre o padre sobreprotectores.
- Una mujer víctima de degradaciones en su matrimonio.
- La hija (o) de un alcohólico.
- La madre y/o padre de un adicto a sustancias.

En todos los casos antes mencionados la característica principal es que la persona con este padecimiento es incapaz de pensar en sí misma, no gobierna su vida ni sus pensamientos por el contrario se haya sujeta a las conductas de la otra persona.

Las personas codependientes se presentan con un gran deterioro en su libertad dignidad y autoestima generando la ruptura de su integridad personal, ocasionándole la pérdida del valor propio.



## **CAPÍTULO 4 Terapia cognitivo conductual.**

### **4.1 Antecedentes.**

#### Modificación de la conducta

Los primeros psicólogos, se dedicaron al área experimental investigando los procesos de las sensaciones, percepciones y los principios del aprendizaje, contribuyendo con algunos avances en la psicometría; era un grupo muy reducido, relegándose principalmente a la aplicación de test psicométricos y a ayudar a los psiquiatras.

La segunda guerra mundial, da un giro drástico a la posición que ocupaba la psicología en Norteamérica, ya que surge la necesidad de contar con más individuos con habilidades clínicas para dar cuidados psicológicos a los veteranos de guerra. Posteriormente, en 1949, se celebra una reunión en Boulder Colorado, con la intención de establecer el papel de la psicología clínica, en donde se especificó la dualidad de los psicólogos clínicos como científicos profesionales; así mismo, se hizo notar que estaban inmersos en los principios y teorías del aprendizaje (Domínguez 2003).

Un acontecimiento importante fue la publicación del artículo de Eysenck en 1952, en el que presentó un informe de la proporción de mejoría en pacientes que recibieron tanto terapia tradicional (principalmente freudiana), como terapia no formal. Con este hecho se consideró que el conductismo radical de Skinner y específicamente el condicionamiento operante podían tener influencia y aplicación a la modificación de la conducta inadaptativa.

Estos hechos forman parte del desarrollo histórico de las diferentes teorías psicológicas que influyen a su vez en las distintas terapias psicológicas para la modificación de la conducta, como la terapia cognitiva, y la terapia cognitivo conductual.

#### Primeros años del Conductismo (1896-1938).

Mientras que en la psicoterapia europea ha predominado una orientación psicodinámica, la psicoterapia americana ha estado muy influida por la psicología conductual.

Empezando por John Watson e Ivan Pavlov, y continuando con Thorndike y B.F. Skinner, el centro de estudio se desplazó de la introspección y el estudio de la mente, hacia el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de la conducta.

Este período se caracteriza a nivel teórico, por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituyó el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollaría la modificación de conducta. De hecho 1896, es el año de aparición de la tesis doctoral de Thorndike, y también el inicio de los primeros trabajos de Pavlov sobre los reflejos condicionados (Labrador, F. Cruzado, y Muñoz, M., 2005).

Hacia 1898, Thorndike en sus experimentos con gatos encerrados en jaulas, inició el estudio empírico de los efectos de eventos precedentes y subsecuentes de la conducta. Poco después y de manera independiente, Pavlov estudió sistemáticamente a los perros en otra situación de aprendizaje, el condicionamiento clásico.

Con base a esas investigaciones, en 1913, John Watson establece para la psicología un programa de investigación naturalista, en el cual el objeto de estudio principal de la psicología, son las conductas observables. Poco después aparecerán las primeras formulaciones de J. Watson sobre el conductismo; comenzó a llevar trabajos aplicados junto con Tayner en 1920, entre ellos destaca un suceso conocido (el caso del pequeño Albert), en el que inducen experimentalmente una fobia a un niño pequeño, en el que se pone de manifiesto como el miedo se podía adquirir por medio, de un proceso de condicionamiento clásico.

Años más tarde, Skinner en 1938, mejoro el procedimiento de Thorndike, manteniendo al animal en una caja en la cual una respuesta simple como presionar una palanca o picotear una tecla, ocasionaba la entrega de alimento. Esto permitió investigar de manera precisa cómo una respuesta puede moldearse al reforzar aproximaciones sucesivas a la conducta deseada, y qué programas de reforzamiento permiten mantener una alta tasa de conducta sin necesidad de recompensar cada respuesta emitida. El conductismo subraya dos principios explicativos: el condicionamiento clásico, basado en el aprendizaje por asociación y el condicionamiento operante, basado en el aprendizaje por las consecuencias (reforzadores y castigos). La psicoterapia conductual desarrolló intervenciones desde ambos principios, por ejemplo la desensibilización sistemática se basó en el condicionamiento clásico. El refuerzo positivo se utilizó en una gran variedad de contextos y situaciones para condicionar conductas apropiadas mientras que la extinción fue utilizada para eliminar conductas no deseables.

### *Surgimiento de la terapia conductual (1938-1958).*

En este período, en el contexto teórico, tiene lugar el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas de aprendizaje: Hull, Mowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner. Sus trabajos sobre condicionamiento operante y desarrollos consecuentes, en especial *La conducta de los organismos* (1938) y *Ciencia y conducta humana* (1953). Suponen unas claras directrices sobre cómo aplicar los principios del aprendizaje para la modificación y mejora del comportamiento humano y la solución de trastornos de conducta (Labrador, Cruzado, y Muñoz, 2005).

En 1952, Eysenck publicó un artículo titulado “*Los efectos de la psicoterapia: una evaluación*” en el cual afirmó que en base a evidencia estadística, la psicoterapia psicoanalítica era completamente inefectiva. Aparece una importante demanda de profesionales que sean capaces de intervenir con éxito ayudando a las personas que ha quedado afectadas como consecuencia de los efectos de la segunda guerra mundial. La modificación de conducta surge en la década de los 50’s, como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no solo de explicar los trastornos de comportamiento, sino de presentar soluciones eficaces para ellos.

Skinner escribió “*Conducta verbal*” (1957), en los cuáles aborda conductas humanas complejas, transportando principios de aprendizaje establecidos experimentalmente. En 1958, Wolpe introduce la técnica de desensibilización sistemática (DS), basada en varios principios de aprendizaje (reforzamiento, contracondicionamiento, extinción, generalización). La modificación de la conducta se basaba en técnicas operantes y en técnicas basadas en el condicionamiento clásico y la desensibilización (Domínguez 2003).

### *Consolidación (1958-1970)*

En los años sesenta la modificación de conducta se aplica con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Además se desarrollan técnicas de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas.

Las características principales de este período son:

- ✚ El énfasis en sucesos y conductas observables, tratar las conductas desadaptativas directamente, en lugar de supuestos procesos patológicos subyacentes.
- ✚ Los trastornos de conducta se describen en términos de relaciones entre los estímulos, las respuestas y las consecuencias (E – R – C), es decir, se adopta el análisis funcional como base para la explicación de los problemas conductuales.
- ✚ La importancia de la demostración objetiva de la efectividad y rentabilidad de los tratamientos.
- ✚ La extrapolación de las conclusiones extraídas del laboratorio al campo aplicado.
- ✚ Los programas de tratamiento y los modelos de los trastornos a los que se aplican son muy simples, se manejan pocas variables y los tratamientos tienen reducidos tratamientos.

El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en lo teórico. En estos momentos, hay una disociación entre la investigación básica en psicología y la aplicación de la modificación de conducta. La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje, y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado, sin prestar mucha atención a la investigación básica.

Las aportaciones teóricas, vienen dadas por autores que se han venido denominando bajo la etiqueta de teóricos del aprendizaje social: Bandura, Kanfer, Mischel y Staats. Estos autores (independientes) enfatizan la importancia de aspectos cognitivos, mediacionales o de personalidad en la explicación del comportamiento (Labrador, Cruzado, y Muñoz, 2005).

#### *La modificación de conducta en los años setenta.*

Los años setenta están marcados por la incorporación de variables cognitivas en la explicación de los problemas comportamentales y en el tratamiento., Se pueden distinguir dos enfoques, por un lado los que consideraban que estos eventos internos están determinados por las mismas leyes **E – R** que las conductas manifiestas, como Cautela, propuso sobre esta base, las técnicas de condicionamiento encubierto. Por otro lado, autores como Beck, DZorrilla y Golfried, Meichenbaum o Mahoney, consideraban que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta y no se explican exclusivamente por procesos de condicionamiento (Labrador, Cruzado, y Muñoz, 2005).

*Década de 1980: Consolidación del análisis conductual aplicado y del análisis funcional.*

En los 80s, hay un gran desarrollo en la evaluación funcional de problemas severos de conducta. Esta línea se basa en las propuestas de Skinner, Sidman y Carr. Paradójicamente, mientras el análisis funcional mostraba cada vez mayores logros, la terapia conductual se alejaba del uso del análisis funcional, y ganaba adeptos el diagnóstico del DSM. Uno de los puntos más enfatizados por el abordaje conductual, ha sido la necesidad de realizar antes de la intervención un cuidadoso análisis en el cual se identifiquen las variables controladoras (antecedentes y consecuentes) de la conducta que se desea modificar. A pesar de este énfasis, el análisis funcional previo al tratamiento ha sido frecuentemente ignorado y el uso de categorías del DSM y de manuales de tratamiento se ha opuesto a los tratamientos individualizados en base a la evaluación conductual previa.

Década de 1990. Surgimiento del análisis de la conducta clínica, tendiendo hacia la investigación empírica de los tratamientos no conductuales.

A finales de los 80s el abandono de los principios operantes fue desafortunado y se basó en la idea errónea de que los problemas presentados por pacientes adultos externos, (tales como depresión o problemas interpersonales) sólo ocurren fuera de sesión (mientras que las técnicas operantes requieren la ocurrencia de la conducta problema durante la sesión. Pero en realidad, las conductas problemáticas de los pacientes adultos externos si ocurren dentro de la sesión y es posible aplicar las técnicas operantes.

En la década de los 90s también surgieron varios factores (la presión de las empresas que proveen servicios de salud para seleccionar sus prestadores, los avances en los tratamientos farmacológicos como alternativa a la psicoterapia, la proliferación de tratamientos sin base empírica que deterioran la confianza del público en la eficacia de la disciplina) que llevaron a una mayor exigencia las pruebas de eficacia a las diversas propuestas psicoterapéuticas. De ese modo, distintos investigadores buscaron establecer los “tratamientos con apoyo empírico” y estandarizar manuales de tratamiento. Esta exigencia de testeo empírico es positiva para discriminar, que hay de eficaz en las diferentes propuestas (psicoanálisis, gestalt, terapias sistémicas, etc.), que hasta ahora fueron escasamente investigadas, y para frenar la promoción de las que carezcan de evidencia positiva o que presenten evidencia negativa.

## *Terapia cognitiva*

La terapia cognitiva comienza a tener más seguidores hacia la década de los 70s debido a que muchos terapeutas conductuales perdieron interés en el análisis conductual aplicado. Comenzó a principios de los sesentas como resultado de los estudios de Beck sobre la depresión, desarrollo la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y hacia 1979 elabora el modelo cognitivo de la depresión (Dattilio y Padesky, 1995).

La terapia cognitiva, se alimentó de los trabajos de un gran número de escritores. Uno de los de mayor influencia fue George A. Kelly, que desarrolló un modelo de constructores personales y creencias asociado al cambio de conducta. Posteriormente el trabajo de Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva (TRE) ha apoyado los principios de la Terapia Cognitiva. Afirma que el pensar racional o irracionalmente con respecto de lo que ocurre a cada persona, es lo que puede producir, ya sea trastornos psicológicos o bienestar. Ellis elaboró un modelo terapéutico conocido como A,B,C, en dónde “A” se refiere a algún acontecimiento activador, “B” a las creencias que un sujeto tiene respecto de tal acontecimiento y “C” a las consecuencias, tanto conductuales como emocionales, que según las creencias del individuo provienen de “A”.

También incluye otros dos elementos: “D” que se refiere al tratamiento, y “E”, que representa los efectos de hacer frente a las creencias irracionales del individuo. Bajo esta perspectiva, se considera que el acontecimiento desencadenador “A”, no es el que ocasiona la conducta “problema”, sino las creencias irracionales. La terapia que propone se denomina Terapia Racional Emotiva, cuyo objetivo es modificar tales creencias.

Beck también propone un modelo para explicar la depresión, en donde el factor explicativo es la concepción que tienen las personas acerca de sí mismas. Señala que en la depresión existen tres pensamientos principales:

- 1) La visión negativa que tienen estas personas acerca de sí mismos.
- 2) La apreciación negativa que tienen acerca de sus propias experiencias, y
- 3) La visión negativa acerca del futuro como intervención, la llamada Terapia Cognoscitiva, que tiene como objetivo fundamental disminuir el sufrimiento de los sujetos, a través de la sustitución de las estructuras cognitivas disfuncionales por otras cognitivas que resulten funcionales.

También algunos conductistas contemporáneos, han influido en la terapia cognitiva, en su crecimiento y desarrollo. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que conceptualiza nuevos patrones de conducta (aprendizaje por observación) contribuyó al modelo cognitivo, es decir que favoreció el giro de la terapia de conducta hacia el ámbito cognitivo. Su teoría se basa en el principio de la influencia recíproca o contracondicionamiento. Pudo demostrar que las contingencias ambientales no sólo influyen en la conducta humana, sino que los seres humanos también pueden influirse contingentemente así mismos y a los demás. También mostró que los refuerzos percibidos, eran más reforzadores que los refuerzos reales que no eran percibidos como tales y que los individuos no tenían que ser reforzados directamente para realizar una conducta con el objetivo de aumentar su probabilidad de ocurrencia; para el individuo era suficiente observar a otra persona (modelo) siendo reforzada para realizar una conducta. Estos hallazgos indicaron que lo que ocurría en la “caja negra” de Skinner era de una importancia crucial para el propio condicionamiento operante y que no era un proceso automático, sino un proceso mediado por la cognición humana.

Los primeros trabajos de Mahoney sobre el control cognitivo de la conducta y los de Meichenbaum sobre la modificación de conductas cognitivas, han sido también importantes aportaciones teóricas (Dattilio y Padesky, 1995). A principios de los años 70’s, Donald Meichenbaum, formado originalmente en la psicología conductual, realizó un importante descubrimiento. Basándose en el trabajo de los psicólogos soviéticos Luria y Vigotsky, encontró que cuando los niños abordaban una tarea, se hablaban así mismos, sobre cómo realizar dicha tarea.

La psicología cognitiva ganó terreno y muchos terapeutas conductuales pasaron de un marco conductual a un marco cognitivo, desestimaron las influencias ambientales (antecedentes y consecuentes de la conducta), y enfatizaron en su lugar los procesos internos hipotéticos (el procesamiento de información). Hubo entonces una división entre el análisis conductual aplicado (que mantenía la tradición operante, trabajando principalmente con niños y adultos con problemas severos o con intervenciones en sistemas relativamente creados en ambientes educacionales, correccionales y organizacionales), y los terapeutas cognitivo – conductuales (que trabajaban principalmente con pacientes adultos no institucionalizados, y utilizaban una mezcla de principios conductuales y conceptos cognitivos). Este cambio tuvo el efecto nocivo de alejar la práctica clínica de la teoría básica. Pero esto no implica que las intervenciones llamadas “cognitivas” (aquellas técnicas basadas

en el lenguaje y la imaginación) sean a priori inefectivas, o que no debamos usarlas. Los procedimientos cognitivos son fácilmente interpretables por la teoría conductual, cuando se nota que la cognición es una categoría de conducta.

### *Terapia Cognitivo conductual*

En el campo aplicado, los modelos tradicionales de aprendizaje (E – R, E – R – C), empezaron por incluir “organismicas” (E – R, O – C). Posteriormente autores como Boller, Bower y Neisser, desarrollaron sus propios modelos centrados en la percepción, los procesos motivacionales complejos y la mediación en general.

La Escuela Cognitivo conductual postula los siguientes principios:

- 1) El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, más que el medio propiamente dicho.
- 2) Las representaciones cognoscitivas están relacionadas con el aprendizaje.
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente.
- 4) Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

Estos principios reflejan el interés por mezclar teorías del aprendizaje con postulados cognitivos y específicamente, al aprendizaje se le concibe como el proceso que influye en las representaciones cognoscitivas. Así dependiendo de lo aprendido, se pueden tener distintas representaciones del mundo de la experiencia. Los cambios de la conducta se encuentran bajo la influencia del estado fisiológico actual del organismo, su historia de aprendizaje, la situación ambiental existente y una variedad de procesos cognoscitivos como la atención selectiva, consecuencias anticipatorias (Mahoney, 1997).

Se sostiene que la manera de interpretar nuestros acontecimientos, pensamientos, sentimientos e imágenes, contribuyen a las reacciones de estrés que experimentamos. Por ello, se postula a la cognición como la vía para producir, moldear y cambiar la conducta, a la vez que se acepta que los pensamientos son la descripción de las relaciones funcionales entre los estímulos antecedentes y los estados afectivos o la conducta motora. De este modo, si el individuo no logra entender tal relación, ésta se vuelve disfuncional, no tendiendo coherencia los estímulos o eventos ambientales con la conducta posterior del sujeto. Ello requiere apoyo psicoterapéutico para la modificación de procesos cognitivos, para que éstos como la conducta consecuente, sean funcionales con respecto al ambiente.



Entre los personajes más representativos de esta escuela se encuentran Meichenbaum (Entrenamiento en autoinstrucción), Golfried (Reestructuración Racional Sistemática).

Meichenbaum, Turks y Burstein elaboraron la Técnica de Inoculación del Estrés. Hacia principios de los años, Donald Meichenbaum (originalmente pertenecía a la psicología conductual) realizó un modelo en tres etapas de inoculación del estrés. Incluye una fase educativa, una fase de ensayo de las técnicas de afrontamiento y una fase práctica de esas nuevas habilidades. Estas etapas formaron la base de su teoría de la modificación cognitivo conductual.

Existen dos aspectos importantes en la modificación cognitivo conductual de Meichenbaum. Primero, que es una teoría de la conducta y en segundo lugar, afirma que los diferentes sistemas terapéuticos son simplemente constructos explicativos diferentes que ayudan a los clientes a pensar sobre sus problemas de manera diferente.

Contribuciones como las de Meichenbaum, Ellis y Beck, han dado origen al surgimiento del enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual basada en dos líneas específicas de teorización e investigación. Una de las líneas deriva de los teóricos semánticos, entre los que se encuentran George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck. La otra línea se deriva de la terapia de conducta basada en la teoría de aprendizaje, que se ve reflejado en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Don Meichenbaum (Doring, 2000)

## **4.2 La Terapia Cognitivo – Conductual**

La terapia cognitivo conductual, es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan o son debidos, a pensamientos o conductas disfuncionales, que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de esos pensamientos o conductas. (Soler y Gascón, 2004)

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto que los trastornos mentales se caracterizan por pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados.

Down (en Caro, 2003), define el modelo cognitivo – conductual, como aquel que supone la combinación de las intervenciones conductuales características de la terapia de la conducta, con las intervenciones cognitivas y los constructos explicativos de la terapia cognitiva. Dentro de este modelo se utilizan intervenciones conductuales e intervenciones cognitivas; afirma que aunque los cambios conductuales sean consecuencia de las primeras, están mediados cognitivamente.

Los terapeutas cognitivos intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su interrelación. El enfoque está orientado fenomenológicamente, ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del cliente.

Uno de los elementos clave de la (TCC) es su compromiso con el método científico, lo que implica operacionalizar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos para evaluarlos empíricamente.

La (TCC), se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y a modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales.

Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas.

Otra de las características diferenciales de la (TCC) respecto a otras formas de terapia son “tareas para casa”, que consisten en que el terapeuta acuerda con el paciente la realización de ciertas actividades entre sesiones.

Idealmente, el profesional que practique la TCC, debe recibir formación específica en las técnicas que va a utilizar, debiendo incluir al menos en estados iniciales, la supervisión de casos por parte de terapeutas expertos. Es importante además que posea unos profundos conocimientos de psicología y psicopatología.

El terapeuta cognitivo conductual, trabaja con el cliente para cambiar sus percepciones negativas, a fin de que llegue a entender su problema y en consecuencia, asuma la responsabilidad del cambio. El terapeuta también actúa como un entrenador, ayudando al cliente a desarrollarse y fomentar las habilidades intra e interpersonales necesarias para enfrentar situaciones estresantes. Un rasgo clave de las terapias cognitivas

conductuales, es ayudar al cliente a anticipar y prepararse para los posibles fracasos que pueda encontrar a lo largo del camino.

Los terapeutas cognitivos conductuales, intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su interrelación. El enfoque está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del cliente.

Para este modelo, se señalan cuatro características principales que enmarcan las pautas más generales de la Teoría Cognitivo – Conductual:

1. La conducta es función de un proceso continuo de retroalimentación entre el individuo y la situación que encuentra.
2. En este proceso de interacción el individuo es un agente activo.
3. En cuanto a los aspectos de la persona en la interacción, parece que los factores cognitivos se constituyen también como los factores relevantes en la explicación del comportamiento.
4. En cuanto al escenario, resulta que la significación psicológica de la situación para el individuo, constituye otro factor importante.

La terapia cognitivo conductual, se enfoca en modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Los pacientes aprenden a controlar sus problemas emocionales, modificando sus pensamientos y creencias automáticas pero erróneas.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado; aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales, de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está puesto más en el “que tengo que cambiar” que en el “por qué”.

La relación terapeuta – paciente, es de colaboración y el enfoque es didáctico, ya que ambos se comprometen a trabajar con el objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar y en muchos casos, se recomienda el uso de libros, folletos o apuntes acerca del problema, para que el paciente se informe de lo que le sucede. Tiende a fomentar su independencia dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento personal, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades.

El objetivo de la terapia es, aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo: ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

Puesto que todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. El principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un refuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

La Terapia cognitivo conductual tiene tres principios importantes, enfocados cada uno de ellos al paciente, dichos principios son:

1. Un paciente tratado bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje que son en sí mismos frutos del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.

Aunado a estos principios, existen aquellos que Beck (en Caro, 2003) formuló en su modelo para el tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión, enriqueciendo aún más la terapia y que a continuación se presentan:

1. Modelo de aprendizaje de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo, es decir se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal del cambio.
3. Es breve y con límite de tiempo. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y largo plazo, va a permitir alcanzar las metas del tratamiento en el plazo adecuado.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Empleo del método socrático (conocimiento interno de sí mismo).
6. Condición necesaria, una buena relación entre paciente y terapeuta.
7. Estructurada y dirigida.
8. Orientada hacia los problemas.

9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia del trabajo para casa.

Para corregir las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos en el proceso de pensamientos, la Terapia Cognitivo Conductual es una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que sí se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el “aquí y el ahora” de los problemas tanto situacionales como psicológicos; se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en la conducta.

Los terapeutas cognitivos, intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes, con el fin de comprender su interrelación. El enfoque está orientado fenomenológicamente, ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del cliente.

Aunque la terapia cognitiva conductual (TCC) no puede reducirse en un listado finito de técnicas y procedimientos terapéuticos, los métodos o técnicas generales que constituyen su columna vertebral, pueden incluirse dentro de las siguientes categorías:

- a) Métodos basados en la exposición.
- b) Técnicas operantes.
- c) Técnicas cognitivas.
- d) Técnicas de modelado.
- e) Entrenamiento en habilidades sociales.
- f) Entrenamiento en Técnicas de control de la activación.
- g) Método de autocontrol.

#### *Métodos basados en la exposición*

Este método consiste en la planificación de confrontaciones sistemáticas, repetidas y prolongadas (exposición) a los estímulos (situaciones) que provocan el miedo-ansiedad, que deben mantenerse hasta que ésta termine, previniendo la aparición de conductas de huida o evitación, entre las que se incluyen las conductas de seguridad y las compulsiones (prevención de respuesta). Con ello se persigue la habituación a los estímulos ansiógenos

y/o de las respuestas de tensión experimentadas durante la confrontación y la posterior extinción de las respuestas condicionadas de miedo.

Mediante este procedimiento también se pretende romper el valor de reforzamiento negativo (desaparición de las consecuencias aversivas asociadas con la exposición a la situación temida) de las respuestas de huida y evitación, impidiendo que las conductas de escape se conviertan para el individuo en referentes de seguridad. La exposición prolongada a las situaciones temidas, a la vez, puede facilitar un cambio de expectativas en la persona, al experimentar de forma directa que las consecuencias negativas previstas no se cumplen.

### *Técnicas operantes*

Las técnicas operantes, están basadas en los principios del condicionamiento operante. Se actúa manipulando externamente las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con el objeto de instaurar o incrementar conductas de baja frecuencia y reducir las disfuncionales de alta frecuencia.

Se fundamentan en la concepción de que la probabilidad de aparición de una conducta depende, en gran medida, de las consecuencias que la siguen y de la presencia de estímulos antecedentes que informan de la disponibilidad o no, de reforzadores para la emisión de una respuesta determinada. Se dividen en dos grandes bloques:

- a) Técnicas para instaurar nuevas conductas.
- b) Técnicas de reducción de conductas.

*Dentro de las técnicas para instaurar nuevas conductas o incrementar conductas ya existentes, se encuentran las siguientes:*

- Reforzamiento positivo.

Consiste en la administración de un reforzador positivo (primario o secundario, material, social o de actividad), de forma circunstancial a la emisión de la conducta que se pretende incrementar. Al inicio se refuerzan todas las emisiones correctas (en el caso de que la conducta se dé en muy baja frecuencia), para posteriormente ir incrementando el número

de ejecuciones adecuadas, para acceder al reforzador positivo. De este modo se pretende que la respuesta resulte más resistente a la extinción.

- Reforzador negativo.

Se usa un estímulo aversivo para incrementar la conducta. En otras palabras, suspendemos algo que es displacentero de tal modo que incrementará una cierta conducta. Si una conducta termina o suspende un estímulo aversivo, el resultado será un incremento de esa conducta, y a este procedimiento se le llama reforzamiento negativo.

- Principio de generalización

La conducta que es aprendida bajo ciertas circunstancias o en una cierta situación, se generalizará a otras situaciones similares, dependiendo de qué tan similares sean las situaciones.

- Principio de moldeamiento

El moldeamiento es un proceso gradual, de reforzar selectivamente la conducta que se encuentra más y más próxima al tipo de conducta final que deseamos. El moldeamiento es la aproximación sucesiva a la conducta que buscamos.

- Entrenamiento asertivo

Educa primero a los individuos en relación con lo que son sus derechos personales, empleando posteriormente un programa basado en diversos principios de modificación de conducta. Importantes componentes del entrenamiento asertivo lo constituyen: la aproximación sucesiva o moldeamiento, el ensayo de la conducta, la retroalimentación, el modelamiento y la asignación de tareas. Por definición la conducta asertiva causa tanto la terminación de un estímulo aversivo como el comienzo de uno positivo.

Consecuentemente una vez que se logró una respuesta asertiva, puede esperarse un incremento en la frecuencia de su aparición debido a la operación, ya sea de un reforzamiento de su aparición debido a la operación, ya sea de un reforzamiento positivo o de uno negativo (Stumpauzer, 2003).

- Contrato de contingencias

Se trata de un acuerdo negociado y por escrito, entre al menos dos personas (terapeuta, pacientes, allegados), en el que se especifican los objetivos conductuales que debe alcanzar el sujeto o sujetos y las conductas específicas que han de llevarse a cabo, en un período de tiempo determinado, para acceder a un reforzador concreto. A menudo implica otras personas, tomando como base la reciprocidad de conductas. En estos contratos es frecuente el uso del principio de Premack, que establece que cualquier conducta que produce con muy elevada frecuencia puede ser usada de forma contingente para reforzar otra de baja ocurrencia.

Dentro de las técnicas de reducción de conducta, encontramos las siguientes:

- Extinción

La extinción es un procedimiento consistente en suspender o retirar el reforzador positivo que mantiene una respuesta con el objetivo de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia. Antes de que se produzca la reducción en la ocurrencia de la respuesta tiene lugar un incremento notable en su frecuencia o intensidad. Es importante tener en cuenta este hecho, pues suspender el procedimiento en este punto, supondría empeorar de forma ostensible el estado de cosas respecto al momento inicial. La técnica está particularmente indicada para reducir las respuestas desadaptativas, mantenidas en gran medida por el refuerzo social positivo. El procedimiento debe acompañarse del reforzamiento positivo de otras conductas alternativas a la que deseamos extinguir.

- Castigo

Consiste en la presentación de un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de la respuesta que se quiere eliminar. El estímulo seleccionado debe ser de alta intensidad y el nivel de contingencias debe ser el, mayor posible. Su utilización se limita a aquellos casos en los que la integridad física del sujeto o de las personas que le rodean podrían ser un serio peligro (ejemplo: autolesiones). En cualquier caso debe tenerse en cuenta que la utilización del castigo puede ir acompañada de efectos adversos diversos, como las dificultades de generalización (el sujeto aprende a discriminar las situaciones en que las conductas no son castigadas); la presentación de conductas de evitación de situaciones, personas y/o actividades asociadas con el castigo, debido a que éstas se conviertan en estímulo discriminativo de la presentación del estímulo aversivo; la aparición



de estados emocionales adversos como parte de las respuestas incondicionadas desencadenadas por estímulos aversivos de alta intensidad, etc.

- Principio de contracondicionamiento

En el contracondicionamiento se elimina una conducta no deseada o desadaptada al condicionar en su lugar una nueva conducta incompatible con la anterior.

### *Técnicas cognitivas*

Registro diario de los pensamientos disfuncionales. Se le enseña al paciente a realizar autoregistros de sus cogniciones, para darse cuenta sobre el flujo de pensamientos y el desfile de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y por ende su conducta.

En la sesión, se deben ejemplificar situaciones en donde se ponga de manifiesto la situación que dispara los pensamientos automáticos negativos y descubrir los lazos entre cognición y emoción. El siguiente paso es rebatir los pensamientos automáticos, con técnicas cognitivas.

Técnicas de retribución: Se pretende que el paciente explore y considere otras causas posibles en vez de atribuir todos los fracasos a una sola causa. Se deben identificar otros factores implicados por medio de cuestionamientos como ¿Qué pensaría otra persona sobre la situación?

Técnicas de reestructuración cognitiva. Están dirigidas a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores fundamentales de las diferentes manifestaciones, muchos psicopatológicos.

En la terapia cognitiva de Beck, la estrategia fundamental consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y en su caso, de las distorsiones cognitivas asociadas. Para ello, se instruye al paciente en la observación del vínculo entre pensamientos, emociones y en la clarificación de los propios pensamientos y emociones, además en la clarificación de los propios pensamientos relativos a la emoción.

La reconsideración de los pensamientos automáticos y la adopción de nuevas perspectivas de la realidad, se hace fundamentalmente a través de cuatro pasos:

1. Llegar a considerar las valoraciones cognitivo – emocionales como hipótesis que pueden y deben someterse a comprobación. Se pretende que se aprenda a establecer distinciones entre lo que uno piensa y la realidad.
2. Evaluar las evidencias sobre el pensamiento – creencia, mediante la definición – clarificación de la creencia (cuestionamiento, registro para la identificación de pensamientos, etc.), el análisis de las implicaciones últimas de esas creencias (técnica de la flecha descendente, descatastrofización, etc.) y el sometimiento a pruebas de realidad (experimentos conductuales).
3. Generación de explicaciones alternativas que permitan, de forma progresiva, la sustitución de los pensamientos desadaptativos por otros más funcionales y realistas que, en definitiva, serían la base para la modificación de la acción.
4. Por último, acabar generando suposiciones básicas (esquemas), más adaptativas. El proceso que se sigue para ello consiste en la identificación y discusión de los supuestos básicos disfuncionales, solicitando al sujeto a que pruebe su validez. Las estrategias que se utilizan son variadas, complejas y no se encuentran excesivamente estructuradas. El terapeuta guía al paciente en la exploración, ayudándole a deducir los supuestos a partir de las cogniciones desadaptativas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas. El proceso va de lo más específico y explícito a lo más general, empezando por la identificación de los pensamientos automáticos, siguiendo con la identificación de los contenidos generales de dichos pensamientos, para acabar con la formulación de las reglas principales que el paciente tiene sobre su vida. Una vez que se ha llegado a este punto, se procede a la generación de los nuevos supuestos, mediante procedimientos muy similares a los empleados en la modificación de los pensamientos automáticos negativos (generación de supuestos alternativos, pruebas de realidad, asignación gradual de tareas, etc.).

#### Entrenamiento en autoinstrucciones

Método dirigido a la autorregulación verbal de la conducta con el objeto de que las verbalizaciones del sujeto interrumpan las cadenas de comportamiento disfuncional y generen respuestas más adecuadas a la tarea y situación. El entrenamiento incluye secuencialmente, los siguientes pasos:

- ✚ Un modelo resuelve una tarea regulando su conducta a través de verbalizaciones mientras el sujeto observa (modelo cognitivo)

- ✚ El sujeto resuelve otra la misma tarea, mientras el terapeuta dirige su conducta en voz alta (guía externa manifiesta).
- ✚ El sujeto resuelve la tarea mientras controla su conducta repitiendo en voz alta las instrucciones adecuadas.
- ✚ El sujeto resuelve la tarea murmurando las instrucciones (guía manifiesta atenuada).
- ✚ El sujeto resuelve la tarea empleando las autoinstrucciones de forma velada, como diálogo interno.

Entrenamiento en solución de problemas. Se centra en instruir al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para abordar situaciones problemáticas y enseñarle el procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular. El entrenamiento se estructura en cinco fases:

- ✚ Orientación general: reconocer la existencia de un problema.
- ✚ Definición y formulación del problema: especificar en términos conductuales el problema y los objetivos que quieren alcanzarse.
- ✚ Generación de alternativas: generar el mayor número de alternativas posibles para la solución del problema de acuerdo con los objetivos planteados, sin detenerse por el momento, a valorar su viabilidad.
- ✚ Toma de decisiones, determinar cuál es la alternativa que se adecua mejor a la situación, examinando los pros y contras de todas ellas, y programar su puesta en práctica en pasos específicos.
- ✚ Verificación: valorar la eficacia de la solución seleccionada y plantear que hacer después. Lo cual puede suponer volver fases anteriores para retomar el proceso.

### *Técnicas de modelado*

La persona observa a uno o a diferentes individuos (modelos), en vivo o mediante filmaciones (modelado simbólico), mientras llevan a cabo las conductas que se pretende que el observador acabe desarrollando y/o poniendo en práctica. Esta técnica se basa en la concepción del aprendizaje social, que establece que observando a los otros, formamos reglas de conducta (representaciones simbólicas de las acciones), y que esta información codificada sirve en ocasiones futuras de guía para la acción.

Los modelos que ofrecen mayores garantías de que sus comportamientos influyan en las personas a las que se hallan expuestos son los que, según el criterio del observador, reúnen las siguientes características.

- ✚ Son personas con prestigio, competentes, cuentan con valor afectivo para el que los observa, y se encuentran situados en un nivel elevado dentro de su escala de valoración social.
- ✚ Son semejantes al sujeto (los iguales) teniendo un notable control de los medios de gratificación (estos últimos parecen ser especialmente indicados, en la promoción del aprendizaje a través de modelado).

La exposición a diferentes modelos, promueve la generalización del entrenamiento. Los modelos de afrontamiento (aquellos que en un primer momento muestran dificultades con una competencia similar a la del observador y que de manera gradual van mejorando hasta alcanzar los resultados deseados) son preferibles por lo general a los modelos expertos.

### *Entrenamiento en habilidades sociales*

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento multicomponente dirigido a la adquisición y/o mejora mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales y de interpretación de las situaciones sociales, que son necesarias para una actuación socialmente competente en cada una de las situaciones interpersonales en las que la persona muestre deficiencias. Para conseguirlo combina, de una manera semiestructurada, las siguientes técnicas de intervención específicas.

- ✚ Instrucción directa por transmisión verbal o escrita sobre los componentes de las respuestas que deben emitirse en la situación indicada.
- ✚ Modelado.
- ✚ Ensayo conductual.
- ✚ Retroalimentación de la ejecución y reforzamiento social positivo.
- ✚ De las respuestas adecuadas.

El ejercicio puede hacerse individualmente o en grupo. El procedimiento más habitual es el de grupo, que ofrece algunas ventajas, además de los costes, como la disponibilidad de diferentes modelos para observar, la existencia de más posibilidades para planificar las exposiciones y actuaciones simuladas o aspectos de tipo motivacional relacionados con la dinámica de grupo (compromiso, control externo, apoyo social, etc.)

### *Entrenamiento en técnicas de control de la activación*

Los dos grupos de técnicas principales que se incluyen bajo este subtítulo son las técnicas de relajación (muscular progresiva, autógena, etc.) y las de control de la respiración.

#### Relajación muscular progresiva de Jacobson

Se enseña al sujeto a relajarse mediante ejercicios de tensión y distensión (relajación) alternativa de diferentes grupos musculares (las distintas versiones de la técnica se diferencian fundamentalmente en el número de grupos musculares que se trabajan.) Se persigue que el individuo aprenda a identificar las señales fisiológicas que indican que los músculos están en tensión y una vez identificadas, ponga en práctica las habilidades aprendidas para su relajación.

El programa se inicia con el entrenamiento en tensión-relajación de cada uno de los grupos musculares por separado. Se continúa con la agrupación gradual de diferentes paquetes muscular es hasta llegar a la relajación mediante el simple recorrido mental de las distintas zonas del cuerpo para detectar en ellas señales de tensión y proceder a su relajación – sin necesidad de la tensión muscular previa –. Por lo general, durante el entrenamiento en tensión-relajación se asocian palabras o imágenes a las sensaciones de relajación para que después permitan evocar con mayor facilidad esas mismas sensaciones sin necesidad de tensar previamente los grupos musculares.

El empleo de la relajación muscular progresiva como técnica de afrontamiento para el manejo de sensaciones corporales desagradables y ante situaciones ansiógenas en la vida cotidiana se conoce como *relajación aplicada*.

Técnicas de control de la respiración.

Tienen como objetivo el control voluntario de la actividad respiratoria, que pasa por una utilización más completa de la capacidad pulmonar, facilitando una correcta respiración diafragmática, lo cual conduce a un ritmo respiratorio más sosegado (entre 6 y 8 resp./min. en la respiración lenta o profunda y entre 10 y 12 resp./min. en la respiración controlada)

### *Técnicas de autocontrol*

Conjunto de técnicas dirigidas a la adquisición y/o puesta en práctica de estrategias generadas por el propio sujeto para alterar de forma deliberada la probabilidad de que se produzcan ciertas respuestas (conductuales o cognitivas), ya sea para aumentarlas o para disminuirlas, de acuerdo con unos objetivos determinados por él mismo, mediante la manipulación de las condiciones que anteceden y que siguen a estas respuestas. Para alcanzar este objetivo el sujeto debe adquirir las siguientes habilidades, que dan lugar a las diferentes fases del entrenamiento en autocontrol.

- ✚ Auto observación: Saber observar y registra de forma objetiva su propia conducta. Como paso previo es necesario que el individuo sepa operativizar sus problemas, para más adelante, poder recoger datos sobre las características más específicas y las relaciones funcionales existentes que se dan entre su comportamiento y las condiciones del medio.
- ✚ Establecimiento de objetivos: a partir de los datos recogidos en la fase anterior (línea base), la persona debe establecer unos criterios específicos y realistas para ajustar su conducta en el futuro (incremento o reducción de la conducta que pretende alcanzarse y condiciones en las que debe emitirse).
- ✚ Planificación ambiental – control de estímulos: Debe buscarse o generarse un entorno favorable para hacer más probable la consecución de los objetivos previamente determinados.
- ✚ Autoevaluación: Saber determinar si su conducta se ajusta a los criterios específicos establecidos con anterioridad.
- ✚ Autoreforzamiento – programación conductual: Ser capaz de programar consecuencias reforzantes positivas, en el caso de haber alcanzado los objetivos establecidos y negativas para el caso en que la ejecución no haya cubierto los criterios comportamentales marcados por el propio sujeto.

### 4.3 Técnicas de aplicación de TCC

La Terapia Cognitivo Conductual, se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con más fundamento, que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan el ser humano, a la sociedad y al mundo en general.

Se han realizado numerosas investigaciones desde la Psicología Social acerca de la formación, cambio de actitudes y su relación con hábitos de conducta que pueden contribuir a un estado óptimo de salud, usando la TCC. Los resultados obtenidos tienden a señalar, como procedimientos más exitosos en la modificación de comportamientos nocivos para la salud, a las técnicas relacionadas con el aprendizaje vicario u observacional.

La exposición a modelos que presentan conductas saludables ha resultado bastante efectiva, para reducir, por ejemplo, hábitos nocivos como fumar.

Es por esto que proponemos la Terapia Cognitivo Conductual como la más indicada para combatir la Codependencia.

Por medio de las técnicas presentadas en cada una las fases de la Codependencia, modificamos nuestra conducta aprendida, reaprendiéndola de diferente manera a la adquirida en el medio familiar. La persona sumergida en éste problema, tiene que aprender a encontrar el camino, hacia su recuperación.

#### *Recuperación*

La recuperación de la Codependencia se parece mucho a un proceso de crecimiento: se tiene que aprender a hacer lo que los progenitores disfuncionales le enseñaron, es decir, apreciarse adecuadamente, establecer límites funcionales, tomar conciencia de su realidad, reconocerla, atender sus necesidades, deseos adultos y experimentar su realidad con moderación.

El camino hacia la recuperación del codependiente, empieza en el rescate de su identidad personal, para darse cuenta de que le había dado el poder a otro para hacerlo feliz o infeliz, cuando sólo él, es responsable de su propia felicidad.

Es probable que durante la recuperación, siga preocupándose por otras personas, pero se debes aprender que solo uno es responsable de su conducta y que ésta tiene consecuencias autodestructivas, mientras que otras tienen consecuencias benéficas. Se

aprenderá que tiene alternativas sobre lo que se quiere o lo que se necesita hacer y de lo que para uno es importante.

La recuperación se basa en el equilibrio entre cuidar de uno y servir a los demás. Tiene que estar dispuesto a enfrentar las consecuencias de sus actos, de renunciar a la aprobación de los demás, incluso al principio a la aprobación de si mismo. Renunciar a la autoridad de otra persona y valerse de su propia autoridad. Recuperar el poder que le es propio (May, 2000).

Para lograr esto, se empieza por hacer una lista de “deberías” y examinándolos uno por uno. Algunos de estos pueden ser buenos y se pueden conservar, otros quizá son perjudiciales. Se tiene que abandonar lo que se decida que no reporta el mayor beneficio propio.

En el aspecto personal, es sano cuestionar la educación recibida de la familia. Los “deberías” son una forma de adiestrar o regular lo que se hace, piensa y siente. Estos se convierten en su programa interior. A menudo se cree que no es más que sus “deberías”, pero un programa dañino se puede y debe cambiar.

La recuperación significa que “está dispuesto a responsabilizarse de aquello de lo no fue responsable”. Puede que los problemas en su niñez, sean los causantes de las heridas, pero ahora se es responsable, debe vivir la vida que se decida.

Durante la recuperación advierte, que aunque los padres le dieron la mejor educación que pudieron, esta no fue suficiente. Ahora se le quita a los padres, el poder de influir en su vida. Renuncia a la influencia paterna y acepta que uno mismo se deberá dirigir. Tiene el poder sobre los recursos que la vida le da.

La recuperación es un proceso gradual para lograr la conciencia, aceptación y cambio. Es también un proceso curativo y espiritual, por medio del cual cambia y se vuelve otro. Es un viaje que emprende, no un destino. Se va por un sendero que va del abandono de uno mismo hacia la responsabilidad, el cuidado y el respeto hacia uno. Al igual que en otros viajes, en éste va hacia delante, da rodeos, se regresa, se pierde, encuentra de nuevo el camino y ocasionalmente se detiene a descansar.

Las etapas de recuperación, son las siguientes:



## **Supervivencia/negación**

No siente las emociones y no quiere ver las cosas que le resultan demasiado dolorosas. Se dice: "las cosas están bien", pero no, las cosas no están bien. Ha perdido contacto consigo mismo. Esta existiendo, pero no está viviendo.

Ha estado soportando. Sobreviviendo, se empieza a dar cuenta y se vuelve dispuesto a cambiar. Aunque no esté seguro de lo que es, sabe que algo debe cambiar. Se mueve hacia la siguiente etapa.

## **Reidentificación**

Aquí tienen lugar dos eventos importantes. Se identifica nuevamente consigo mismo y con sus conductas. En lugar de enorgullecerse de sus conductas adaptativas, comienza a considerarlas autodestructivas.

Ahora es cuando empieza a experimentar con conceptos de la recuperación tales como desapego. Es tiempo para que erradique diligentemente aquellas cosas que no puedes controlar. Es tiempo para la aceptación. En esta etapa, empieza a relacionarse con gente que se está recuperando. Empieza a conectarse o reconectarse consigo mismo.

## **Temas centrales**

Esta etapa, es la de la experimentación y el crecimiento, es tiempo para sentirse más cómodo, con conductas nuevas y menos cómodas que las antiguas. Sus creencias recién formadas en relación con lo que puede y lo que no puede cambiar, se hacen más fuertes.

Es tiempo en el cual empieza a averiguar que se siente cuidar de si mismo. Lo prueba, fracasa, lo vuelve a probar, tiene éxito, vuelve a tratar, fracasa algo más y a través de todo ello, logra un pequeño progreso. Es tiempo de ser paciente.

## **Reintegración**

En esta etapa, aprende a respetarse y amarse. Se encuentra también amando a los demás y permitiéndose que le amen de un modo sano que le hace sentir bien. Acepta el hecho de que es suficientemente bueno. Tiene la plena confianza de que cuidar de si mismo, es lo que más le conviene. Ha aprendido que puede cuidar de sí mismo.

Cuando alcanza esta etapa, la vida se vuelve algo más soportable. En ocasiones, todavía le parece dura, pero otras veces, es verdaderamente apacible o es una aventura y la vive.

## **Génesis**

En esta etapa, para trabajar su Codependencia, debe poner fuerza de voluntad y disciplina, ayudándose con lo que le haga sentir mejor: trabajar con un terapeuta, acudir a seminarios, talleres, relacionarse con otras personas en recuperación, leer libros de meditación o autoayuda.

Técnicas Cognitivo Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Reestructuración cognitiva.
- ✚ Reforzamiento positivo.
- ✚ Extinción de conducta.
- ✚ Principio de moldeamiento.
- ✚ Entrenamiento asertivo.
- ✚ Contrato de contingencias.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Entrenamiento de autoinstrucciones.
- ✚ Entrenamiento en solución de problemas.
- ✚ Técnicas de autocontrol.

## **Aceptación**

Para enfrentarse a la Codependencia, el primer paso consiste en ver y reconocer sus síntomas en tu vida. Cuando empieza a analizarlos y trata de cambiar las conductas de su pasado, encuentra una resistencia poderosa y sentimientos irracionales. Esto forma parte de la recuperación, pero el primer paso consiste en comparar los síntomas, con su propia conducta.

Los codependientes no pueden cambiar hasta que acepten sus características codependientes, su impotencia ante otros y su alcoholismo o ante otras circunstancias que tan desesperadamente han tratado de controlar. La aceptación es la paradoja suprema, no puede cambiar, hasta que no se acepte tal como es.

Al aceptarse como codependiente, está dando el primer paso a su recuperación.

Técnicas Cognitivo Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Contrato de contingencias..
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Reestructuración cognitiva.

## **Desapego**

El desapego es librarse mental, emocional y algunas veces físicamente de su insano involucramiento con la vida, las responsabilidades y problemas de otra persona, que no puede resolver.

Es una alternativa al exceso de controlar; constituye la meta de la mayoría de los programas de recuperación. Es empezar a trabajar consigo mismo, considerar sus sentimientos, vivir su vida; no podrá solucionar sus problemas, hasta que no se haya desapegado del objeto de su obsesión.

Está basado en la premisa de que cada uno es responsable de sí mismo, de que no puede resolver los problemas que no le corresponde solucionar y de qué preocuparse no soluciona nada.

Implica “vivir en el momento presente, vivir el aquí y el ahora”. Dejar que la vida ocurra en lugar de controlarla. Renunciar a sentir el remordimiento por el pasado y miedo por el futuro. Sacar de cada día el máximo jugo posible y concederse la libertad de disfrutar la vida a pesar de sus problemas no resueltos.

Decir que no le importa, no quiere decir desapegarse, quiere decir que aprende a amar, preocuparse e involucrarse sin volverse loco. Que deja de crear un caos en su mente y en su entorno, se libera para comprometerse y para amar de manera en la que puedas ayudar a los demás sin lastimarse.

El desapego es un acto y a la vez un arte, es un modo de vida, un regalo que le será dado a aquellos que lo buscan. Concédete a la vida la oportunidad de que las cosas ocurran, dale la oportunidad de disfrutar.

Deja que los demás sean como son. Les concedes y se concede la libertad de ser responsable y de crecer. Vive su propia vida lo mejor que puede. Se esfuerza por comprender que es lo que puede cambiar y que es lo que no puede cambiar. Luego deja de tratar de cambiar aquello que no puede cambiar. Hace lo que puede para solucionar un problema y luego deje de amargarse la vida si no lo logra.

Desapéguese con amor o con enfado, pero luche por desapegarse. Es difícil pero se vuelve más fácil con la práctica. Si no puede soltarse totalmente trate de hacerlo poco a poco.

Técnicas Cognitivo Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Reforzamiento positivo.
- ✚ Principio de generalización.
- ✚ Entrenamiento asertivo.
- ✚ Extinción.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnicas de modelado.
- ✚ Técnicas de autocontrol.
- ✚ Reestructuración cognitiva.

### **Cambio de creencias negativas**

Tal vez para algunas personas, vivir la vida no sea una perspectiva demasiado emocionante. Quizás ha estado tan involucrado con los asuntos de otros que se ha olvidado de cómo vivir y disfrutar su propia vida.

Necesita creer que merece lo mejor que la vida puede ofrecerle. Si no lo cree, necesita cambiar la forma de pensar. Pensar acerca de lo que merece, no es un proceso que sea de un día para otro. Debe enfocarse en creer que merece algo un poco mejor, luego otro mejor y así sucesivamente. Necesita comenzar desde donde se encuentra en este momento. Cambiando sus creencias a medida que vaya siendo capaz de hacerlo. A veces las cosas se toman un tiempo.

Lo que siente es resultado directo de lo que piensa y muchas veces no se da cuenta de esto. Tiende a creer que sus sentimientos son resultado de los acontecimientos externos, pero tiene que haber un pensamiento antes de que pueda haber un sentimiento.

Un paso muy importante en su crecimiento, es aprender a distinguir lo que piensa de lo que siente. Para llegar a tener el control de su vida, debe empezar por controlar sus pensamientos y así ejercer cierto control sobre sus reacciones.

Para cambiar los sentimientos, es necesario que los experimente, los examine y después intente modificarlos. Hay veces que todo esto puede ser muy doloroso, pero casi siempre resulta efectivo. Una vez que una persona empieza a ver que ella puede influir en las cosas, comienza realmente a sentirse muy distinta en la relación con ella y con su vida.

Teniendo las emociones bajo control, entonces será la lógica la que guíe su vida en lugar de que la angustia y el miedo la dominen. Comenzará a pensar con claridad en sí mismo, en su relación y en los objetivos que se propone. Cuando llegue al punto, estará en condiciones de emprender verdaderos cambios de conducta.

Tal vez su dolor emocional es tan grande que piensa que no tiene vida propia, ya que lo único que siente es dolor, pero eso no es verdad, es y puede ser algo más que sus problemas. El hecho de que hasta ahora la vida haya sido tan dolorosa no significa que debe seguir lastimándose. La vida no tiene por qué herirle tanto, y no lo hará si empieza a cambiar.

Los mensajes negativos se han incrustado en su subconsciente y se han manifestado en su vida. Se han convertido en su premisa, en sus verdades y por tanto en su realidad.

En la recuperación se desarrolla un repertorio de ideas positivas acerca de sí mismo, de las demás personas y de la vida. Desarrolla un ritual disciplinado para entonar estos mensajes. Repite estas creencias tan a menudo, que las internaliza. Cambia la energía que tienes dentro de sí y de su vida, de negativa a positiva, "el principio en la recuperación es escoger lo que se quiere afirmar"

Ahora afirmará como quiere ser, como quiere comportarse y hacia donde se quiere dirigir. Deja atrás las creencias de cuidar a los demás y las cambia por creencias dirigidas hacia sí mismo.

Técnicas Cognitivas Conductuales. (Para usarse en esta etapa)

- ✚ Principio de generalización.
- ✚ Extinción.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnicas de autocontrol.
- ✚ Detención de pensamiento negativo.
- ✚ Registro diario de pensamientos disfuncionales.
- ✚ Reestructuración cognitiva.

### **Culpa y preocupación**

Es importante no desperdiciar los momentos presentes al estar estancado, a causa de un comportamiento pasado por sentir culpabilidad, mientras que la preocupación es el mecanismo que le mantiene inmovilizado por algo que está en el futuro sobre lo que no tiene ningún control.

La culpabilidad por el “si tú me quisieras” es una de las maneras eficaces de manipular a un amante. Esta táctica es particularmente útil cuando quiere castigar a su pareja por algo que ha hecho. Es como si el amor dependiera de un tipo de comportamiento determinado, donde se puede usar la culpa para hacerlo volver al redil.

La culpa se usa para conseguir que el amor se adapte a las demandas y normas del otro. Lograr que uno haga, lo que quiere el otro. ¿El método? La culpabilidad.

El codependiente debe de aprender a no sentirse culpable, por no atender las demandas de los demás, debe dejar que cada uno se haga responsable de sí mismo. Dejar que pasen las cosas y permitir que los demás crezcan, confiar que sabrán cuidarse solos, que ellos atiendan sus propias necesidades.

## Técnicas Cognitivo Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Extinción.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnica de autocontrol.
- ✚ Registro diario de pensamientos disfuncionales.
- ✚ Reestructuración cognitiva.

### **Rescatar**

El codependiente trata de salvar a la gente en su recuperación, para él significa “ayudar a otras personas” aún sin su consentimiento o sin que lo deseen. Sucede cuando la persona que ayuda, decide sin que se lo pidan que necesita ayudar. El que recibe ayuda, puede no necesitar o querer esa ayuda, o el tipo de ayuda que le ofrece. Pero el codependiente, necesita ayudar aún sin su consentimiento, sin tener en cuenta las verdaderas necesidades o los verdaderos deseos del otro.

Como no se siente bien con él, busca rescatar a otro. Lo que una copa le “sirve de ayuda” al alcohólico a sentirse momentáneamente mejor, al codependiente, el rescatar a otro le distrae temporalmente del dolor de ser quien es. Como no se siente digno de ser amado, con la ayuda que le brinda, se sientes necesario.

Los codependientes son cuidadores de los demás, son rescatadores. Primero salvan, luego persiguen y terminan siendo víctimas. No sólo satisfacen las necesidades de la gente, sino que se anticipan a ellas. Arreglan los asuntos de los demás, les enseñan y se afligen por ellos. Los hacen sentir bien, les solucionan sus problemas, los atienden. Son cuidadores, “tu problema es mi problema”.

Rescata y cuida a los demás de sus responsabilidades, se hace cargo de ellos, en lugar de permitir que ellos lo hagan, Después se disgusta con ellos por lo que ha hecho. Ese es el patrón, el triángulo del codependiente.

Si no se puede sentir bien, acerca de algo que estás haciendo, no debe hacerlo, sin importar lo compasivo que parezca. Tampoco debe hacer por los demás las cosas que ellos deben y son capaces de hacer.

## Técnicas Cognitivo Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Principio de generalización.
- ✚ Principio de modelamiento.
- ✚ Entrenamiento asertivo.
- ✚ Extinción.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnica de autocontrol.

## Límites

Los límites son alineaciones físicas, emocionales, sociales, intelectuales y espirituales que preservan su integridad. Impiden que su vida sea absorbida por los demás o que absorba la de otros.

Buscar límites sanos es la meta de la recuperación. No demasiado rígidos, no demasiado flexibles, restablecer cualquier fractura que puedan tener sus fronteras. Es su responsabilidad desarrollar límites sanos. Como lo hemos dicho anteriormente, “hay un lugar en donde yo término y tu empiezas”. La meta es aprender a identificar esa línea y respetarla.

Problemas de límites es una característica primordial para describir la Codependencia, es la frase que se usa en la recuperación. Con este concepto queremos decir que a una persona codependiente se le dificulta definir donde termina ella y donde empieza la otra. Se puede tener un sentido poco claro de su persona y no definir la diferencia entre sus problemas y los problemas de otro, entre su responsabilidad y la ajena.

Pero a medida que desarrolla límites sanos, inicia un sentido adecuado de lo que son los roles en los miembros de la familia, de las demás personas y de si mismo. Aprende a no usar a los demás o abusar de ellos, y también no permite que le usen o abusen de él. Desarrolla un sentido claro de su Yo y de sus derechos. Aprende a tener un Yo completo, a respetar el territorio de las otras personas, al igual que el suyo. Es importante aprender a escucharse y a confiar en sí mismo.

Cuando no se tienen límites claros, no se advierten los límites de los otros o no se es sensible a ellos, normalmente los transgrede aprovechándose de ellos.



Los límites pueden ser internos o externos. Los límites internos le permiten tomar buenas decisiones en su beneficio. Si dispone de unos límites internos adecuados, entonces podrá asumir la responsabilidad de sus propias acciones y poner un alto razonable a las acciones de los demás.

La forma de elegir la distancia más apropiada y realista respecto al trato con los demás es con el uso de los límites externos. Estos usados de una manera adecuada, te mantendrán emocionalmente cerca de los demás, sin dejar de sentirte seguro y cómodo (May, 2000). El poner límites, no le complica la vida, por el contrario, se la facilita. Es usted, el más apropiado, para el uso de éstos.

Técnicas Cognitivo - Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Principio de generalización.
- ✚ Entrenamiento asertivo.
- ✚ Extinción.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnicas de modelado.
- ✚ Técnicas de autocontrol.
- ✚ Entrenamiento en solución de problemas.
- ✚ Reestructuración cognitiva.

## **Recaída**

La recaída, es otro proceso que se da y es una parte normal dentro de la recuperación. Se da cuando nuevamente empieza a: descuidarse, y comienza nuevamente a cuidar o controlar a los demás, sentirse víctima, congelar sus sentimientos, reaccionar en exceso, sentirse dependiente, necesitado, obligado, deprimido, atrapado o no merecedor.

La recaída les sucede a muchos codependientes y es momento de saber que se necesita trabajar e ir sobre ello. Le permite averiguar lo que ha olvidado o todavía no ha aprendido y debe empezar a reaprenderlo o aprenderlo. Se requiere ejercitar nuevas lecciones, para que puedas seguir adelante en tu recuperación.

## Técnicas Cognitivo - Conductuales (para usarse en esta etapa)

- ✚ Reestructuración cognitiva.
- ✚ Reforzamiento positivo.
- ✚ Extinción de la conducta.
- ✚ Principio de moldeamiento.
- ✚ Entrenamiento asertivo.
- ✚ Contrato de contingencias.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Entrenamiento en autoinstrucciones.
- ✚ Entrenamiento en solución de problemas.
- ✚ Técnicas de autocontrol.

### **El cuidado de uno mismo**

La responsabilidad de su persona, es una actitud que deberá tener sobre el cuidado de sí mismo y hacia su vida. Tiene la responsabilidad no solo vivir su vida, sino conducirla. Es responsable de atender su bienestar espiritual, emocional, físico, económico, de identificar sus necesidades, satisfacerlas, solucionar sus problemas o de aprender a vivir con aquellos que no puedes resolver, de las elecciones que hace, de lo que es y recibe.

Es su responsabilidad fijarse metas y cumplirlas, de cómo disfruta de la vida, de la cantidad de placer que encuentra en las actividades cotidianas, de amar a alguien y de la manera como expresa ese amor, lo que hace a los demás y lo que permite que los otros hagan.

Es responsable de sus necesidades y sus deseos. Toda su persona y todo el aspecto de su ser es importante. Se puede confiar en sus sentimientos. Su manera de pensar es apropiada, Valora sus necesidades y sus deseos. No merece ni tolera el abuso o el maltrato constante, tiene derechos y es su responsabilidad reclamar esos derechos. Las decisiones que toma, la manera como se conduce, reflejarán su elevada autoestima. Sus decisiones serán producto de las responsabilidades que tiene con usted, y con otras personas: cónyuge, hijos, familiares, amigos.

En el momento de tomar sus decisiones, valorará y decidirá exactamente cuáles son esas responsabilidades para con los que le rodean, el derecho de vivir sus vidas como lo deseen. No tiene por qué imponerse sobre el derecho de los demás, o cuidar de ellos y tampoco ellos tienen el derecho de pasar por encima de sus derechos.

Cuando en su niñez, alguien muy importante para usted, fue incapaz de darte el amor, la aprobación y la seguridad emocional que necesitaba, esta responsabilidad que no tuvo muchos la aprenden, así han seguido en sus vidas, como han podido y todavía buscan vaga o desesperadamente algo que nunca tuvieron. Algunos todavía se golpean la cabeza contra la pared, tratando de obtener ese amor de personas que al igual que su padre o madre, fueron incapaces de darte. El ciclo se repite una y otra vez, hasta que lo interrumpa y lo detenga. Esto es lo que se llama asunto inconcluso.

La fuente de felicidad y bienestar no está en los demás, donde la sigue buscando, está dentro de uno, aprenda a centrarse en sí mismo. Deje de buscar la aprobación y validación por parte de los demás, no necesita la aprobación de nadie, sólo necesita su aprobación..

Tiene en su interior los mismos recursos de felicidad y de elección que los demás, encuentre y desarrolle su propio suministro interno de paz, de bienestar y de autoestima. Las relaciones ayudan, pero no son ese abastecimiento. Debe desarrollar su seguridad emocional dentro de sí mismo

Tal vez otros no han estado a su lado cuando lo ha necesitado, pero usted debe aprender a depender de sí mismo. Haga el compromiso de estar disponible cuando se necesites. Debe confiar en la persona de la que estas empezando a depender, y esa es usted.

No es difícil darse lo que necesita, puede aprender rápido, la fórmula es sencilla: en cualquier situación dada, desapéguese y pregúntese: ¿Qué necesito hacer para cuidar de mí mismo?

Técnicas Cognitivo – Conductuales (para usarse en esta etapa).

- ✚ Reforzamiento positivo.
- ✚ Entrenamiento asertivo
- ✚ Técnicas de moldeamiento.
- ✚ Principio de contracondicionamiento.
- ✚ Técnicas de modelado.
- ✚ Entrenamiento en autoinstrucciones.
- ✚ Entrenamiento en solución de problemas.

## **CAPITULO 5. PROCEDIMIENTO**

La licenciatura en psicología educativa tiene como uno de sus objetivos dentro del perfil de egreso, formar profesionales que sean capaces de enfrentar y solucionar problemas relacionados con el escolar en el área formal, sin embargo a lo largo de la licenciatura se brindan todas los conocimientos necesarios, los cuales sirven tanto para el área formal (dentro de un aula) como fuera de ella; es ahí donde se crea la identidad del psicólogo educativo, el cual cuenta con la capacidad para enfrentar problemas en cualquier área donde se tenga la necesidad de reeducar, de manera formal e informal, como derecho de cualquier ser humano de recibir una educación adecuada a sus necesidades, en el mundo en que vive.

Elaborar programas de diagnóstico e intervención grupal para la comprensión de las condiciones que obstaculizan la labor educativa, es una de las capacidades con la que egresa un psicólogo educativo y es ésta la aptitud que se puso en práctica en la presente tesis, ya que se observó en la práctica laboral que el área de las adicciones, carece de profesionales que cuenten con las capacidades para diseñar los programas de intervención, y ya que ésta población tiene que ser reeducada, se vuelve una área laboral del psicólogo educativo.

### **5.1 Escenario**

El presente programa de intervención se llevo a cabo en el estado de hidalgo, en la ciudad de Pachuca de soto, por lo que es importante decir:

ENA (2008) se ha encontrado que en el estado de Hidalgo el consumo de drogas ilegales y médicas es mayor que el promedio nacional, especialmente el de la marihuana, la cocaína y las metanfetaminas, de la misma manera el consumo de alcohol en la población.

Asimismo, el porcentaje de personas dependientes al consumo de drogas es de 2.3%, que está arriba del promedio nacional, que es del 0.6%.

De la misma forma, en la población más joven, quienes ya no estudian, trabajan y viven solo con su padre son quienes están más expuestos y consumen drogas legales e ilegales en mayor proporción. Lo cual refuerza el valor protector no solo de la asistencia a la escuela,

sino de la importancia de dotar de estrategias académicas que permitan experimentar el éxito escolar, en el caso de los consumidores de dichas sustancias.

En el ámbito familiar, es importante trabajar con los padres en estrategias parentales efectivas, así como con los problemas de comunicación y/o codependencia presentados. Reforzar esfuerzos en el trabajo de prevención de consumo de fármacos adictivos, se señala un incremento en el consumo de sustancias en este estado.

La Institución donde se llevó a cabo la aplicación del programa de intervención para personas con problemas de Codependencia fue el Centro Integral de Adicciones. (CINADIC), ubicado en Nevado de San Martín #138B col. San Cayetano, Pachuca de Soto, Hidalgo.

Dicha Institución brinda atención integral, con la modalidad de internamiento, así como tratamiento a los familiares de estos pacientes, lo que facilitó la aplicación del programa.

La intervención se realizó en un aula de usos múltiples de un área aproximada de 10 X 10 m

Donde se nos brindaron sillas y mesas para la realización del taller; el lugar cuenta con ventilación y luz apropiada.

## **5.2 Población**

Para la presente investigación se tomó una muestra de 30 personas (25 mujeres y 5 hombres) los cuáles son familiares directos, esposas, padres, madres, hermanos e hijas de pacientes que se encuentran en tratamiento de rehabilitación en el CINADIC, por problemas de farmacodependencia con modalidad de internamiento.

Para la obtención de esta población se tomaron dos familiares de 30 pacientes internos, los cuales era uno del sexo masculino y uno sexo femenino, dándonos un total de 60 personas a las que se les aplicó la escala Likert para detectar personas con problemas de codependencia, de las 60 pruebas aplicadas solo 30 nos presentaron problemas de codependencia que son la población con la que se trabajó.

Los criterios de inclusión son:

1. Tener entre 25 a 40 años de edad.
2. Llevar más de 1 año conviviendo con una persona que tenga problemas de farmacodependencia.
3. Aceptar la participación en el programa de intervención.

Criterio de exclusión:

Presentar algún problema de tipo neuronal (funcionamiento)

### **5.3 Instrumentos**

- a) El primer instrumento utilizado fue diseñado por los sustentantes de ésta investigación, para medir Codependencia. La prueba consta de 56 ítems, los cuales están plasmados en una escala de tipo Likert, que consta de cinco opciones de respuesta que son:

- 1 = muy de acuerdo.
- 2 = de acuerdo.
- 3 =ni de acuerdo- ni en desacuerdo.
- 4 = en desacuerdo.
- 5 = muy en desacuerdo.

Se calificaron del 1 al 5, donde 1 corresponde a muy de acuerdo y 5 a muy en desacuerdo. Al calificar se sacó la media de los resultados obtenidos y entre más se acerque al 1 significa que ese participante presenta problemas de Codependencia y entre más se acerque al 5 nos indica que no presenta conductas codependientes; Este instrumento será utilizado como Pre-test, y Post test (ver anexo 1).

El instrumento fue validado por medio de jueceo.

Se le presentó a tres especialistas en la materia, los cuales llevan varios años laborando en ésta área. Checaron e hicieron sus observaciones, tomándolas en cuenta y corrigiéndolas antes de ser aplicado.

Estas observaciones sólo fueron de forma o redacción, pero en lo general dieron su visto bueno para la aplicación del instrumento.

El diseño de la prueba se hizo en base a los contenidos que se utilizaron, en el programa de intervención.

Cada contenido se conforma de siete ítems en ésta escala.

- ✚ Del 1 al 7 son para el contenido de Aceptación.
- ✚ Del 8 al 14 son para el contenido de Desapego
- ✚ Del 15 al 21 son para el contenido de Cambio de creencias negativas
- ✚ Del 22 al 28 son para el contenido Culpa
- ✚ Del 29 al 36 son para el contenido Rescatar
- ✚ Del 37 al 42 son para el contenido Límites
- ✚ Del 43 al 49 son para el contenido Recaída
- ✚ Del 50 al 56 son para el contenido del Cuidado de si mismo

- b) El segundo instrumento, también fue diseñado por los sustentantes; Es un programa de intervención para personas con problemas de Codependencia, basado en un enfoque Cognitivo Conductual (ver anexo 2).

A continuación se presenta la carta descriptiva del programa de intervención.



## 1.4 CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN	ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES
Acceptación	Contrato de contingencias	120 minutos	Contrato (anexo 1), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.
Desapego	Principio de contra condicionamiento.	120 minutos	Sillas y aula de trabajo.
Culpa	Técnica de autocontrol	120 minutos	Cuadro de auto registró (anexo 2), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.
Cambio de creencias negativas	Tiempo fuera Registro de pensamientos disfuncionales	120 minutos	Cuadro de auto registró (anexo 3), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.
Rescatar	Modelado y extinción	120 minutos	Videos "el circo de la mariposa", "8 decisiones poderosas para cambiar de actitud" y "la filosofía de Disney", sillas, mesas, proyector, computadora y aula de trabajo.
Limites	Entrenamiento en solución de problemas y asertividad	120 minutos	Hojas, lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.
Recaída	Entrenamiento en auto instrucciones	120 minutos	Sillas y aula de trabajo.
Cuidado de si mismo	Entrenamiento asertivo.	120 minutos	Sillas, mesas, grabadora, disco con canción "vive" de Napoleón y aula de trabajo.

## 5.5 Programa de Codependencia

### Sesión 1: Aceptación

Técnica: Contrato de contingencias- reestructuración cognitiva

Duración: 2 horas

Objetivo: El participante reflexionará acerca de la importancia que tiene la detección y modificación de pensamientos disfuncionales con la finalidad de lograr cambios conductuales, cognitivos y psicológicos positivos.

Materiales: Contrato (anexo 1), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Presentación de participantes y los aplicadores del programa.
- ✚ Se da una breve explicación de que es la codependencia y cuáles son las consecuencias que genera.
- ✚ Se da a conocer a los participantes el objetivo de la sesión.
- ✚ Se les explica a los participantes que realizarán un contrato personal por escrito en el que se establecerán objetivos conductuales que deben alcanzar y las conductas específicas que han de llevarse a cabo, en un período de tiempo determinado, para acceder a los beneficios esperados.
- ✚ Uno de los aplicadores ejemplifica la forma en cómo determinar un objetivo personal, para que posteriormente los participantes establezcan sus objetivos de manera individual, y después sean compartidos con el grupo.
- ✚ Los participantes buscarán actividades que les ayude a cumplir los objetivos anteriormente delimitados.
- ✚ Los participantes leerán y se comprometerán consigo mismos a cumplir con el contrato que redactaron.

- ✚ Los aplicadores realizan una retroalimentación acerca de la importancia que tiene el reconocer y aceptar el problema que implica ser codependiente

Evaluación: se analizarán diariamente el cumplimiento de los objetivos planteados en esta sesión.

## Sesión 2: Desapego

Técnica: Principio de contracondicionamiento

Duración: 2 horas

Objetivo: Los participantes analizarán la importancia de la expresión de afectos y creencias que tienen, en relación a la enfermedad del paciente, así como sus reacciones ante éstas.

Materiales: sillas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Los aplicadores dan a conocer a los participantes el objetivo de la sesión, además de una pequeña introducción acerca de la importancia que tiene el ser independiente y no sentirse responsable de lo que les sucede a los demás.
- ✚ Los participantes forman un círculo y comparten experiencias en las que han experimentado el sentimiento de culpabilidad.
- ✚ Se explica a los participantes que se realizara la dinámica de “la silla vacía” en donde se colocará una silla frente a ellos, imaginando que tienen a esa persona delante de ellos y tendrán que expresar todos aquellos sentimientos y pensamientos que reprimen por temor a dañar a alguien más; posteriormente cambiarán de lugar, ocupando la silla de enfrente, con la finalidad de que den la respuesta que consideran, les daría la persona con la que tienen el conflicto; así sucesivamente hasta cerrar el proceso en el cual hayan logrado establecer un acuerdo y logren disminuir su carga emocional.

Evaluación: Se realiza una observación so participativa de las conductas presentadas por los participantes durante la sesión, examinado las emociones presentadas durante el proceso de role playing, analizando las ventajas de la comunicación.

### **Sesión 3: Culpa**

Técnica: Autocontrol.

Duración: 2 horas

Objetivo: Los participantes analizarán estrategias que ayuden a controlar su comportamiento para lograr la capacidad de toma de decisiones asertivas.

Materiales: Cuadro de autoregistro (anexo 2), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Los aplicadores dan a conocer el objetivo de la sesión.
- ✚ Se enseña a los participantes a ser introspectivo, para que de esa manera identifiquen las conductas que les desagradan de sí mismos.
- ✚ El terapeuta ejemplifica a los participantes cuáles son las conductas no deseadas y la manera en cómo pueden ser modificadas.
- ✚ Los participantes forman parejas para practicar la toma de decisiones, en la cual se busca que aprendan a decir “no” en situaciones de riesgo; el objetivo es, que sean firmes, en cualquier condición que se presente.
- ✚ Se realizará retroalimentación grupal.

Evaluación: Se les proporcionará a los participantes un cuadro de autoregistro en el que tendrán que determinar que conductas desean cambiar, así como la manera en como lo lograrán.

Los aplicadores analizarán si la conducta del participante se ajusta a los criterios específicos establecidos con anterioridad, de no ser así se le orientará para el establecimiento de objetivos.

## **Sesión 4: Cambio de creencias negativas**

Técnica: Tiempo fuera- Registro de pensamientos disfuncionales

Duración: 2 horas

Objetivos: Los participantes reconocerán pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales; y aprenderán estrategias para sustituirlos por otros más adaptativos, obteniendo mayor control sobre sus comportamientos y emociones.

Materiales: Cuadro de autoregistro (anexo 3), lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Se da a conocer el objetivo de la sesión a los participantes.
- ✚ Se explica a los participantes que ante una discusión es importante implementar un “tiempo fuera” el cual consiste en darse un breve tiempo, en el cual se analizará el tema de origen de la discusión, que permita encontrar una alternativa de solución para detener la problemática, (el tiempo será de 10 a 15 segundos, mientras la otra persona continua peleando) el participante retomará la plática con un tono de voz suave con la finalidad de que la persona con la que discute, nivele igualmente su tono, y de esa manera puedan dialogar y llegar a la solución.
- ✚ Se forman parejas entre los participantes para practicar la técnica “tiempo fuera”, exponiendo problemas reales, a los que comúnmente se enfrentan.
- ✚ Se realiza retroalimentación grupal, reforzando las conductas y pensamientos positivos.

Evaluación: se hará una observación no participativa observando las conductas de los participantes.

El participante realizará una tabla donde se irán registrando los siguientes datos:

- Situación problemáticas, conductas que la provocan
- Posibles soluciones y conductas a cambiar.

## **Sesión 5: Rescatar**

Técnica: Modelado y extinción

Duración: 2 horas

Objetivo: Los participantes conocerán y fortalecerán los conocimientos para el afrontamiento de la codependencia, con el objetivo de reducir a cero su probabilidad de reincidencia.

Materiales: Videos factibles para modelado, computadora, proyector, sillas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Se da a conocer el objetivo de la sesión.
- ✚ Se expondrá el video “el circo de la mariposa” que demuestra conductas que habrán de adoptar; en el cual los participantes rescatarán las ideas principales.
- ✚ Posteriormente se expondrá el video “ocho decisiones poderosas para cambiar de actitud”.
- ✚ Se realizará una retroalimentación grupal, donde el terapeuta hará hincapié en las habilidades que poseen, y la manera en cómo hay que desarrollarlas.
- ✚ Se exhibirá el video “la filosofía de Disney”.

Evaluación: se realizara una observación no participativa de los participantes durante la sesión y a final de esta se realizara una ronda de preguntas y respuestas rescatando los momentos más significativos del video proyectado.

## Sesión 6: Límites

Técnica: Entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento asertivo.

Duración: 2 horas

Objetivo: El participante analizará diversas alternativas de respuesta eficaces para abordar situaciones problemáticas.

Materiales: Hojas, lápices, sillas, mesas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Los aplicadores darán a conocer a los participantes el objetivo de la sesión.
- ✚ Los participantes definirán una meta personal a corto plazo (1 semana), en la cual tendrán que trabajar diariamente mediante tareas, para poder cumplirla.
- ✚ Cada uno de los integrantes redactará detalladamente las actividades que tendrá que realizar, otorgando una tarea diaria para poder cumplir con la meta anteriormente planteada.
- ✚ Se expondrá al grupo la meta y actividades a trabajar; comprometiéndose a lograr el objetivo.

Evaluación: se verificará diariamente el cumplimiento de las tareas hasta el día acordado para cumplir con la meta planteada en la sesión.



## Sesión 7: Recaída

Técnica: Entrenamiento en autoinstrucciones

Duración: 2 horas

Objetivo: El participante adquirirá las habilidades necesarias para evitar la reincidencia en la enfermedad, propiciando la interrupción de las cadenas de comportamiento disfuncional.

Materiales: Sillas y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Se da a conocer el objetivo de la sesión a los integrantes del grupo.
- ✚ Los participantes formarán un círculo, en el cual cada uno tendrá que decir un defecto que poseen sus compañeros.
- ✚ Cada uno de los integrantes del grupo tendrá que pasar al centro del círculo para escuchar únicamente los comentarios de sus compañeros.
- ✚ Posteriormente de que hayan pasado todos los participantes, se iniciará nuevamente el rol pero en esta ocasión los participantes tendrán que decir todas las virtudes que encuentran en su compañero que se encuentra al centro.
- ✚ El terapeuta realizará retroalimentación de la dinámica realizada.

Evaluación: observación no participativa de los participantes a la hora de tener que escuchar instrucciones y la capacidad de llevarlas acabo.

## Sesión 8: Cuidado de si mismo

Técnica: Entrenamiento asertivo

Duración: 2 horas

Objetivo: Los participantes reflexionarán acerca de lo indispensable que es su cuidado personal, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social.

Materiales: Sillas, mesas, grabadora, disco con canción “vive” de Napoleón y aula de trabajo.

Procedimiento:

- ✚ Se da a conocer el objetivo de la sesión.
- ✚ Los aplicadores inducirán a los participantes a recorrer su cuerpo como medio de autoexploración y con la finalidad de conocer las sensaciones que experimentan y concienticen la importancia que tiene cada parte corporal; manteniendo los ojos cerrados, y repitiendo el procedimiento 3 veces hasta que los integrantes hayan conseguido estar en un estado de relajación.
- ✚ Se indica a los participantes piensen en alguna canción que sea de su agrado, mientras realizan respiración diafragmática.
- ✚ Los participantes forman un círculo y se les solicita que cada uno pase al centro a cantar en voz alta la canción que eligieron.
- ✚ El terapeuta realizará retroalimentación e invitará a los participantes a cantar lo más fuerte posible la canción “Vive” de Napoleón.

Evaluación: se analizará los resultados generales del programa de codependencia, realizando el cierre del taller, reafirmando a través de la letra de la canción conductas asertivas que se busca interioricen los participantes.

## **5.6 Fases de intervención.**

La intervención se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primera:

Identificación de los pacientes que presentan problemas de Codependencia, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

Segunda.

Una evaluación inicial (pre Test)

La aplicación de una escala Likert, que consta de 56 ítems, dirigida a personas con problemas de Codependencia, la cual funcionó para ésta intervención como pretest y posttest.

Tercera

La aplicación del programa de intervención para personas con problemas de Codependencia, se llevó a cabo en ocho sesiones, con una duración de dos horas en cada sesión. Éstas fueron evaluadas de forma constante, dentro del proceso.

Cuarta

La Evaluación final, se hizo con la aplicación de la misma escala que se aplicó al principio, para determinar si hubo disminución en los problemas de Codependencia.

Quinta

Se hizo un análisis comparativo entre la evaluación inicial y la evaluación final, así como un análisis cualitativo.

## 5.7 ANALISIS DE RESULTADOS.

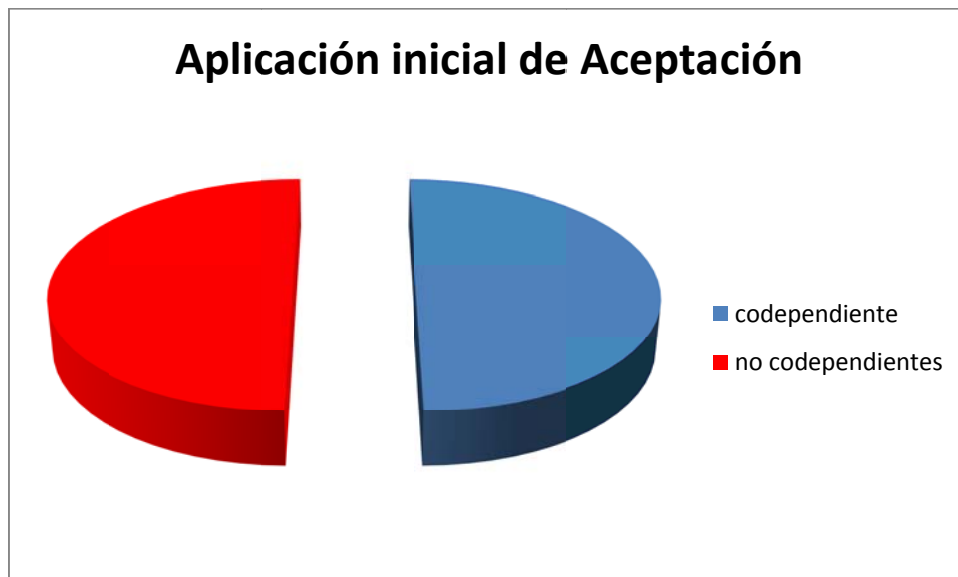
Los resultados obtenidos del programa de Codependencia aplicado, fueron divididos en dos áreas una cualitativa y una cuantitativa.

### ÁREA CUANTITATIVA.

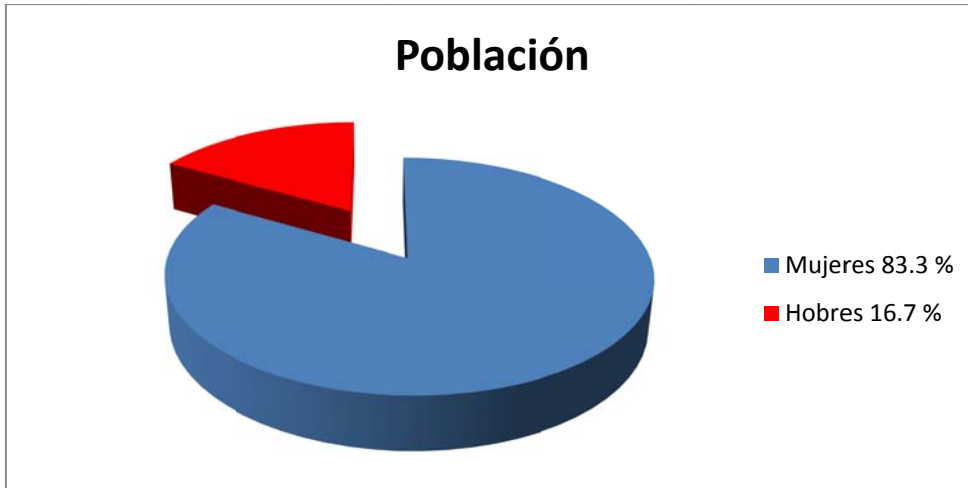
- Los primeros resultados que aquí se muestran son de cada una de las áreas con las que se trabajó en el programa de intervención.

En primer lugar se trabajo:

En la aplicación Inicial del Cuestionario de Codependencia a los 60 sujetos de los cuales 30 eran del sexo femenino y 30 del sexo masculino (Ítems del 1 al 7), para detectar Codependencia, el resultado de la aplicación nos mostró que 30 sujetos presentan signos de Codependencia en esta área, y 30 no, por lo cual solo se trabajo con los treinta que si presentaban problemas de codependencia.



De esos treinta sujetos con los que se conformo la población cabe mencionar que 25 fueron del sexo femenino y cinco del sexo masculino como se muestra en la siguiente grafica, lo que nos lleva a decir que estos datos son concordantes con la parte teórica que habla de la codependencia como un problema con mayor frecuencia en el sexo femenino.



1. **TECNICA DE ACEPTACIÓN.**

a) **Aplicación Inicial**

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación inicial del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 1 al 7), para detectar codependencia, el resultado de la aplicación nos muestra que los 30 sujetos presentan codependencia en esta área.

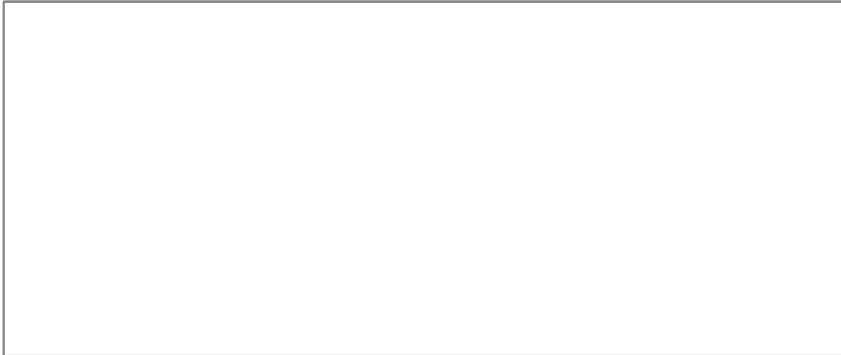


a) **Aplicación Final**

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 1 al 7), para detectar si hubo un cambio al aplicar el programa de intervención en el área de

Aceptación, en la muestra resultó que de los 30 sujetos, 19 modificaron su concepto y ya no presentan signos de codependencia y 11 siguen presentando signos de Codependencia, de los cuales 2 son del sexo masculino y 9 del sexo femenino.

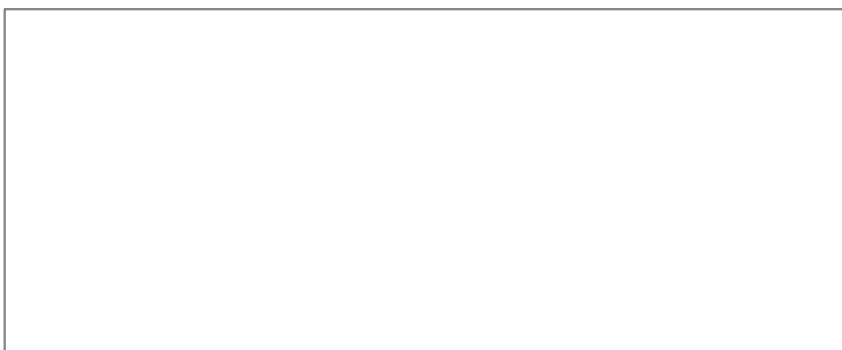


#### 1. TECNICA DE DESAPEGO.

##### a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 8 al 14), el resultado de la aplicación nos mostró, que de los 30 sujetos, 28 presentan signos de Codependencia y 2 que son del sexo femenino, No.



b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 8 al 14) para detectar si hubo un cambio al aplicar el programa de intervención de Desapego, el resultado de la aplicación nos mostró, que los 2 sujetos femeninos que presentaban signos de Codependencia, ya no los tienen.



2. TECNICA DE CAMBIO DE CREENCIAS.

a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario para detectar Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 15 al 21) el resultado de la aplicación nos mostró, que de los 30 sujetos, 28 presentan signos de Codependencia y 2 que son del sexo femenino, No.



b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 15 al 21) para detectar si hubo un cambio al aplicar el programa de Cambio de Creencias, el resultado de la aplicación nos mostró, que los 28 sujetos que presentaban signos de Codependencia, ya no los tienen.



3. TECNICA DE CULPA.

a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario para detectar Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 22 al 28), el resultado de la aplicación nos mostró, que de los 30 sujetos, 29 presentan signos de Codependencia y Uno del sexo femenino, No.





b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 22 al 28) para detectar si hubo un cambio al aplicar el programa de intervención Culpa, el resultado de la aplicación nos mostró, que el sujeto femenino que presentaba signos de Codependencia, ya no los presenta.



4. TECNICA DE RESCATAR.

a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario para detectar Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 29 al 36), el resultado de la aplicación nos reveló, que de los 30 sujetos, 29 presentan signos de Codependencia y 1 del sexo femenino, No.

## Aplicación Inicial de la Técnica Rescatar



### b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 29 al 36) para detectar si hubo cambio al aplicar el programa de intervención Rescatar, el resultado de la aplicación nos expuso, que el sujeto femenino que presentaba signos de Codependencia, ya no los presenta.

## Aplicación Final de la Técnica de Rescatar



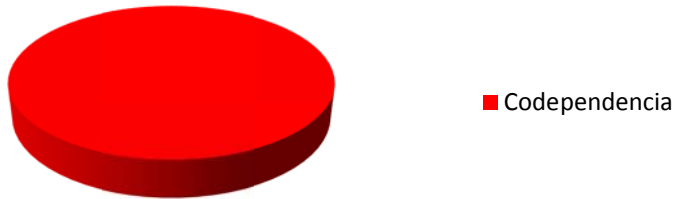
## 5. TÉCNICA DE LÍMITES

### a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario a los 30 sujetos, para detectar Codependencia (Ítems del 37 al 42), el resultado de la aplicación nos mostró, que los 30 sujetos presentaban signos de Codependencia.

## Aplicación Inicial de Límites

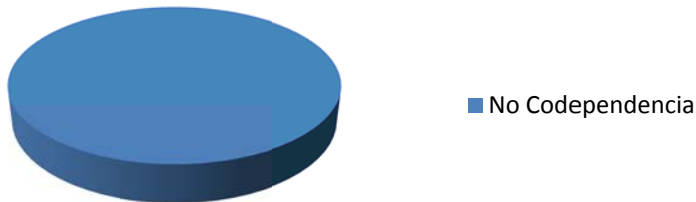


### b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 37 al 42) para detectar si hubo cambio al aplicar el programa de intervención Límites, el resultado de la aplicación nos expuso, que los 30 sujetos que presentaban signos de Codependencia, ya no los presentan.

## Aplicación Final de Límites



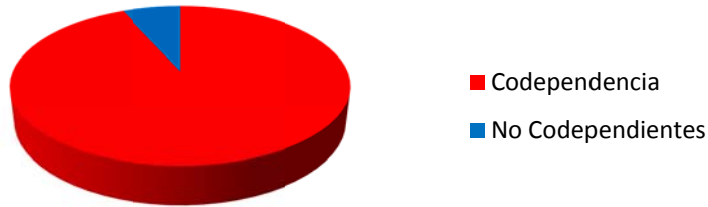
## 6. TECNICA DE RECAÍDA

### a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario a los 30 sujetos, para detectar Codependencia (Ítems del 43 al 49), el resultado de la aplicación nos mostró, que de los 30 sujetos, 28 presentaban signos de Codependencia y 2 del sexo femenino, No.

## Aplicación Inicial de Recaída

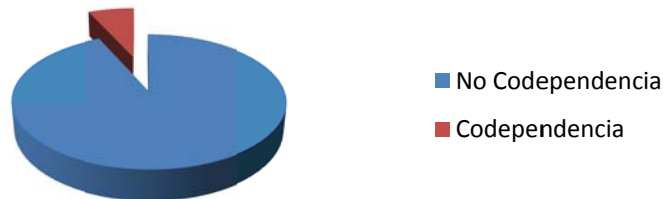


### b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 43 al 49) para detectar si hubo cambio al aplicar el programa de intervención Recaída, el resultado de la aplicación nos expuso, que de los 30 sujetos que presentaban signos de Codependencia, 2 diferentes a los primeros del sexo femenino, presentan signos de Codependencia y los dos primeros, ya no.

## Aplicación Final de Recaída



## 7. TECNICA DE CUIDADO DE SI MISMO.

### a) Aplicación Inicial

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Inicial del Cuestionario a los 30 sujetos, para detectar Codependencia (Ítems del 50 al 56), el resultado de la aplicación nos mostró, que los 30 sujetos, presentaban signos de Codependencia.

## Aplicación Inicial de Cuidado de sí mismo



■ Codependencia

### b) Aplicación Final

Muestra de 30 sujetos: 5 masculinos y 25 femeninos.

En la aplicación Final del Cuestionario de Codependencia a los 30 sujetos (Ítems del 50 al 56) para detectar si hubo cambio al aplicar el programa de intervención Cuidado de sí mismo, el resultado de la aplicación nos expuso, que de los 30 sujetos que presentaban signos de Codependencia, en 4 del sexo femenino, no hubo ningún cambio en este rubro.

## Aplicación Final de Cuidado de sí mismo

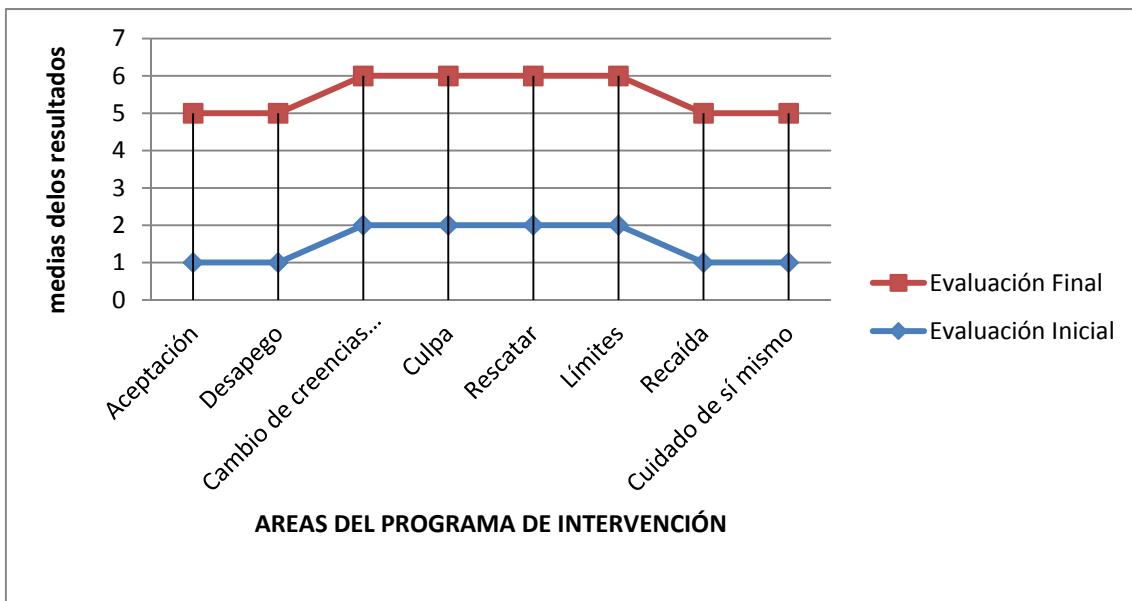


■ No Codependientes

■ Codependientes

- La siguiente tabla muestra una gráfica comparativa entre la evaluación inicial y final, medida a través de las medias obtenidas.

### Gráfica comparativa de: Evaluación Inicial y Final



La presente gráfica nos permitió observar a través de las medias obtenidas de la evaluación inicial y final, que el Programa de intervención aplicado, mejoró las conductas significativamente en los participantes, pasando de conductas Codependientes a conductas no Codependientes.

## ÁREA CUALITATIVA

Los resultados obtenidos en el área cualitativa fueron los siguientes:

A través de observaciones no participativas realizadas durante la aplicación del programa de intervención, se obtuvieron las conductas repetitivas de los participantes, en cada sesión.

En la sesión uno, se trabajó con el área de aceptación, mediante la actividad de contrato de contingencias, en esta sesión se encontró una conducta constante de expectación, de todos los participantes, ya que no sabían a lo que se iban a enfrentar, lo cual les causaba inseguridad, así como una escasa socialización y poca participación, sobre todo en los participantes del sexo masculino.

En la sesión dos, se trabajó en el área de desapego. Con la actividad de la silla vacía, las conductas observadas fueron: temor a ser juzgados, lo cual se hacía presente en su vocabulario con afirmaciones como “no tengo nada que decir, no recuerdo, ya lo había superado etc.” ocasionándoles dificultad para expresar sus emociones.

En la sesión tres, se trabajó con el área de culpa, mediante la actividad de técnica de autocontrol. Aquí nos encontramos que los participantes en general presentaban dificultades cuando se les planteaba alguna situación en la que ellos tenían que decir no, ocasionando sensaciones de frustración al inicio de las indicaciones, sin embargo al avanzar la sesión sus conductas fueron de agrado generando su constante participación.

En la sesión cuatro, se trabajó con el área de creencias negativas. Éstas actividades fueron, tiempo fuera y registro de pensamientos disfuncionales; se observó una constante conducta de ansiedad no especificada, la cual es caracterizada por conductas de angustia al recordar conflictos de su pasado con alguna persona significativa en su vida, lo cual ocasiona que los participantes presenten dificultades a la hora de tener que cambiar pensamientos de negativos a positivos.

En la sesión cinco, se trabajó con el área de rescatar, con la actividad de exposición de videos factibles para el modelado de conductas. En esta sesión lo que se observó fue que en general todos los participantes logran activar su capacidad analítica, lo que facilitó y generó un ambiente de participación constante.

En la sesión seis, se trabajó con el área de límites. Con la actividad de entrenamiento en la solución de problemas y asertividad, se observó, que los participantes en lo general, no tienen la capacidad para tomar decisiones por sí solos, en una constante, siempre están buscando la acreditación de alguno de sus compañeros o del aplicador del programa.

En la sesión siete, se trabajó en el área de recaída, con la actividad de expresión de defectos y virtudes. En esta sesión, desde el inicio se presentó una gran motivación por los participantes, acompañado de conductas de socialización acompañadas de reforzamientos verbales como “si puedes, lo estas haciendo bien, no pasa nada, etc.”, generando un ambiente de confianza entre los participantes..

En la sesión ocho, se trabajó con el área de, cuidado de sí mismo. La actividad utilizada fue la presentación de un video musical y participación activa. En esta sesión se observaron conductas de total confianza y seguridad en sí mismos. Los participantes sin ningún problema, realizaron todo lo solicitado, y en esta ocasión no importo quien los viera o escuchara, ellos llegaron al final de la actividad con toda la motivación.



## CONCLUSIONES

En la presente tesis se planteo el objetivo de: Diseñar una propuesta de intervención, dirigida a personas que presentan problemas de Codependencia, bajo un enfoque cognitivo conductual, con la finalidad de brindar una herramienta al tratamiento de la codependencia en familiares de personas con problemas de farmacodependencia. De acuerdo a la información a partir de esta premisa se concluyen los siguientes puntos.

- Un programa de intervención, si incrementa las conductas positivas de los individuos con problemas de codependencia, brindándoles los conocimientos necesarios para salir del problema; este no elimina la codependencia, pero si es el inicio, para lo cual la persona intervenida, deberá darle continuidad al tratamiento; esto se vio reflejado en las medias obtenidas de la prueba inicial y final de la investigación, donde es muy notable la variación en los resultados.
- La codependencia es una enfermedad que no viene sola, daña a toda la familia, la cual al desconocerla, no sabe cómo manejarla. Este desconocimiento, también incrementa la deserción en los tratamientos de adicciones, en un gran porcentaje.
- Programas de intervención como este, no solo ayudan a la adherencia en los tratamientos en personas con problemas de codependencia, sino a los tratamientos de las personas con problemas de adicciones, los cuales regularmente van ligados.
- La codependencia como lo marcan algunos autores como (González, 2002), se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, esto se observó en los resultados de la aplicación del primer test del programa de intervención a los familiares de treinta pacientes internados en un centro de rehabilitación, donde se le aplico en primera instancia a 60 personas 30 del sexo femenino y 30 del sexo masculino de las cuales sólo resultaron 30 con problemas de codependencia conformados de la siguiente manera.  
De los 30 familiares con problemas de codependencia, 25 fueron del sexo femenino y 5 del sexo masculino. Esto nos indica, que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en las personas del sexo femenino, más cercanas a la persona que presenta problemas de adicción-

La codependencia se presenta en el mismo momento que en la familia surge un problema de adicción (Jiménez, 2001), de ahí la importancia de esta tesis, ya que con la familia de las personas con problemas de adicción no se trabajaba y la codependencia que estos familiares presentan, hace que haya constantemente fracasos y constantes recaídas en los tratamientos de rehabilitación.

Se esperaría que hipotéticamente trabajando el problema de codependencia y el problema de adicción, mejorara el tratamiento, esto sería justamente otro tema de tesis, el cual se queda abierto para futuras investigaciones.

Para finalizar se concluye que la codependencia y la adicción frecuentemente provienen de familias disfuncionales, en las cuales se presentan carencias de valores, los límites y las emociones son alteradas, generando modificaciones en la dinámica familiar, donde la codependencia se vuelve el síntoma que amortigua la crisis de la familia; es así que la codependencia y la adicción viven paralelamente, sin embargo no pueden existir una sin la otra, todas estas conductas fueron observadas a través de los resultados obtenidos en el área cualitativa de esta intervención.

Estas conclusiones a las que se llegó, muestran que los objetivos planteados al inicio de la presente intervención fueron cumplidos y superados, y que nos permitió observar el extenso campo laboral del psicólogo educativo, que se cuenta con todas las herramientas, para trabajar con programas de intervención dentro y fuera del aula; el requisito para él sería tener una población, a la cual se tenga la necesidad de ser reeducada.

Es importante señalar que esta tesis servirá también, para futuras investigaciones en las que se quiera fortalecer el perfil de egreso del psicólogo educativo, ya que serviría como ejemplo para fundamentar lo importante y necesario que es, que todos los psicólogos educativos observen que el campo laboral es muy extenso y que contamos con los conocimientos teórico- metodológicas para explotarlo.

Dentro de las limitaciones que se pueden observar son:

- Que en los centros donde se vaya a implementar el programa, se debe de contar con gente especializada en el tema para poder aplicarlo.
- Que no puede ser dado por cualquier persona.

- Que no se cuente con el material necesario para impartir el programa.

Dentro de los alcances observados nos encontramos con los siguientes:

- Lograr que el programa de intervención se haya implementado dentro de la institución en la que se llevo acabo como una herramienta para el trabajo con las familias.
- Que el presente programa puede implementarse en más centros donde se trabaje con familiares de personas con problemas de farmacodependencia, si se cuenta con recursos humanos y materiales.
- Que el programa de intervención puede servir para justificar la necesidad de replantear el perfil de egreso del psicólogo educativo, con la finalidadde ampliarlo.

## REFERENCIAS

- Alvarado y Sánchez H. (2002). Factores que intervienen en las relaciones destructivas de pareja. Unamanager de prevención. Tesis FESIztacala.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup>ed). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Beattie, M. (2003). Ya no seas codependiente. México. Promexa.
- Beattie, M. (2001) "Características de la codependencia". México .Promexa
- Becoña, Vázquez (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- Becoña, (1998). Alcoholismo. En M.A Vallejo (ed). Manual de terapia de conducta (vol.II, pp.75-141).Madrid: Dykinson
- Castelló, J. (2005). Dependencia emocional. México. Alianza.
- Caro, I., (2003). Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones. España. Paidós
- Cocores, A.J.(1987) "Co.Adiction.A silent epidemic".Psychiatric Letter.Fair Oaks Hospital.
- Cruz, S. (2007). Los efectos de las drogas. México. Ed. Trillas
- Dattilio, F. y Padesky, C. (1995) Terapia cognitiva con parejas. España. Descleé de Brouwer.
- Doring, M., (2000). La pareja. México. Fontamara.
- Dominguez, M., (2003) El maltrato familiar: una alternativa de prevención cognitiva conductual. México. FES Iztacala.
- ENA (1998) Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. México, D.F.: SSA.
- Forward, S. (1993). Cuando el amor es odio. México. Grijalbo.
- González, C. (2002) Características psicológicas de los conyugues adictos al alcohol. Descripción del Autoconcepto en Mujeres Conyugues de consumidores de alcohol, según la severidad del consumo. Colombia Bogotá D.C.
- Hernández, G.(1991), Educación y género. México. Departamento editorial. ENEP Iztacala.
- Haaken, J. From Al-Anon to ACOA (1993): "Codependence and the reconstruction of caregiving". Sings: Journal of Women in Culture and Society. 18, 2: 321-345.
- Jacobson, N. y Gottman, J. (2001). Hombres que agreden a sus mujeres. España. Barcelona. Paidós.
- Jayne.P (2002). Mujeres que sufren demasiado. España.Barcelona:Urano
- Jiménez, J. (2001) La codependencia en actual sistema sanitario. En suma psicológica vol.7 N° 2.

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M., (2005). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. España. Pirámide.

Leroux, J. (2004). Como duele el amor. México. Vila editores.

Mahoney, M. (1997) Psicoterapias cognitivas y constructivistas. España.

May, D.,(2000). Codependencia. España. Descleé de Brouwer.

Panizo, S. (1999) La inmadurez de la persona y el matrimonio.España: Universidad Pontificia.

Pérez Gómez, A. y Delgado Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15, 381-387.

Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española.(2000). Vigésima primera Ed. España Calpe, Madrid. España.

Schaeffer, B. (2005). ¿Es amor o es adicción? México: Promexa.

Seidler, V. (2000). La sin razón masculina. México. Paidos.

Soler, A. y Gascón, J., (2005). Terapia cognitivo conductual. México. Ed. ArsMedica.

Stanton, T. (1997) Terapia Familiar Abuso y Adición a las Drogas. Buenos aires Argentina: gedisa

Steiner, C. (1998). Los guiones que vivimos: Análisis transaccional de los guiones de vida. México. Kairos.

Steiner, C. (1998). La educación emocional. Javier Vergara editor. Buenos Aires.

Stumphauzer, J., (2003). Terapia conductual. Ed. Trillas

Vacca, R. (1998). Los padres, los hijos y la pareja del adicto:de la familia funcional a la disfuncional. OPCION, Lima.Washton A., (1995) Adición a la cocaína. España: Paido

<http://www.christianrecovery.com/v/dox/coda.htm>.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Cuestionario de Codependencia

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Lea cada una de las preguntas cuidadosamente y elija marcando con una X en el cuadro correspondiente, a una de las 5 opciones que se le brindan, según sea el caso; la información que nos proporcione será de uso confidencial por lo que se le solicita contestar sinceramente. Gracias.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Se me dificulta reconocer y expresar mis necesidades.					
2. Algún integrante de mi familia consume o ha consumido algún tipo de sustancia nociva					
3.He sufrido de abuso físico, psicológico o emocional en alguna ocasión.					
4.Se me dificulta reconocer y expresar mis necesidades					
5.Algún integrante de mi familia consume o ha consumido algún tipo de sustancia nociva					
6.He sufrido de abuso físico, psicológico o emocional en alguna ocasión					
7.Demando a los demás que se realicen las cosas como yo deseo					
8 Considero que en mi familia asumo o asumía responsabilidades que no me corresponden.					

9. Mi pareja consume o consumía alcohol, tabaco u otro tipo de sustancias.					
10. En mi familia difícilmente se expresan sentimientos, pensamientos y emociones.					
11. Pongo más interés en la persona que siento amar, que en mi					
12. Me siento atrapado en las relaciones afectivas.					
13. Me apegó a las cosas que pienso me pueden brindar placer.					
14. Necesito de la gente para sentirme pleno.					
15. Me preocupa sentir que los demás se alejan de mí.					
16. Me estanco en relaciones afectivas que no funcionan.					
17. Siento morirme de pensar que una persona importante para mí ya no estuviera.					
18. Pienso que las demás personas no me toman en serio.					
19. Mi bienestar depende de las relaciones que establezco con los demás					
20. Creo ser indispensable para alguien.					
21. Desconfió de mis habilidades para realizarlas cosas.					
22. Temo a la pérdida de algo o alguien que me genera felicidad.					



23. Desconfío de las intenciones de los demás.					
24. Soy comparado(a) constantemente con los demás.					
25. Me siento responsable de los sentimientos, pensamientos y acciones de los demás.					
26. Constantemente siento ser la causa de los problemas de los demás.					
27. Me critico constantemente por lo que hago.					
28. Me siento obligado a ayudar a las demás personas.					
29. Me esfuerzo por complacer a los demás para compensar mi comportamiento.					
30. Pido disculpas constantemente porque pienso que daño a los demás.					
31. Me siento responsable de todo lo que sucede a mi alrededor					
32. Abandono mis actividades para realizar lo que le corresponde a los demás.					
33. Dejo malas relaciones formando nuevas que tampoco funcionan					
34. Tengo miedo de que las personas se disgusten conmigo.					
35. Me siento dominado por las demás personas.					
36. Ayudar a otras personas le da sentido a mi vida					
37. Busco mantenerme ocupado(a) para no pensar en mis problemas.					
38. Se me dificulta solicitar lo que deseo.					

39. Hago todo lo que me solicitan para quedar bien con los demás.					
40. Controlo los sucesos y a la gente por medio de consejos					
41. Tolero a las personas, aunque siento que abusan de mi solidaridad.					
42. Miento para proteger a las personas que estimo.					
43. Me molesto con los demás cuando no respetan las normas que he establecido					
44. Tengo relaciones sexuales para no ser abandonado(a) por mi pareja.					
45. Gasto dinero de manera ilimitada					
46. Relaciono la sensación de amor con la de dolor					
47. Me cuesta trabajo comunicar lo que pienso y siento.					
48. La gente con la que me relaciono tiene un comportamiento conflictivo.					
49. Se me dificulta controlar mis impulsos y la situación cuando hay algún problema					
50. Evado mis problemas, creyendo que se solucionarían después.					
51. Creo que mis opiniones no son importantes.					
52. Me deprimó o me irritó fácilmente ante los problemas.					
53. Me siento bien cuando estoy rodeado de otras personas.					
54. Complazco a los demás en vez de cuidar de mi persona.					

55. Soy capaz de cuidarme					
56. Necesito de los demás para dar sentido a mi vida.					
57. Me empeño por realizar las cosas a la perfección.					
58. Me relaciono con otras personas aun cuando acabo de conocerlas					
59. Prefiero escuchar la opinión de los demás antes de expresar la mía.					

## ANEXO 2

Pachuca de Soto a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012.

Por medio de este contrato me comprometo a cumplir con los siguientes objetivos:

1.-

2.-

3.-

La realización de las siguientes metas me ayudara a cumplir con mis objetivos antes planteados. (Una por objetivo).

1.-

2.-

3.-

---

Nombre y firma del participante

---

Nombre y firma del terapeuta

### ANEXO 3

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

#### CUADRO DE AUTOREGISTRÓ

CONDUCTA NO DESEADA	CONDICIONES EN LAS QUE SE PRESENTA

Objetivo:

CONDUCTA DESEADA	ACCIONES PARA LOGRARLA

## ANEXO 4 CUADRO DE REGISTRO

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	CONDUCTAS QUE LA PROVOCAN	POSIBLES SOLUCIONES	CONDUCTAS A CAMBIAR