



Trabajo final de grado

Monografía

Relación entre dependencia emocional y trastornos emocionales

Florencia Castañares Garrasino, 4.609.006-1

Facultad de Psicología

Universidad de la República

Tutora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisora: Asist. Mag. Valentina Paz

Abril, 2024

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Trastornos depresivos y de ansiedad.....	6
Trastornos Depresivos.....	7
Modelo Cognitivo de la Depresión.....	8
Trastornos de Ansiedad.....	9
Teoría de los Dos Factores de Mowrer.....	11
Trastornos Emocionales.....	13
Dependencia Emocional.....	15
Etiología.....	16
Características de las Personas con Dependencia Emocional.....	17
Diagnóstico diferencial.....	19
Codependencia.....	20
Sociotropía.....	20
Trastorno de Personalidad por Dependencia.....	21
Relación Entre Dependencia Emocional y Trastornos Emocionales.....	22
Consideraciones finales.....	24
Referencias Bibliográficas.....	25

Resumen

El objetivo de la presente monografía es evaluar la relación entre los trastornos emocionales y la dependencia emocional, teniendo en cuenta que los trastornos depresivos y de ansiedad se encuentran dentro de los trastornos emocionales que impactan significativa y persistentemente el estado de ánimo, las emociones y el comportamiento de un individuo. Por otro lado, la dependencia emocional se define como una necesidad extrema de conexión afectiva hacia una pareja, y puede manifestarse a través de una serie de comportamientos desadaptativos, como el miedo al abandono, la negación de las propias necesidades en favor de las del otro o problemas de autovaloración y autoestima.

La relación entre ambos es compleja y recíproca. Por un lado, la dependencia emocional puede actuar como un síntoma que contribuye al desarrollo o agravamiento de los trastornos emocionales. Las personas con dependencia emocional tienden a fundamentar su autoestima y bienestar emocional en sus relaciones interpersonales, lo que aumenta su vulnerabilidad a experimentar síntomas de tristeza, ansiedad o desesperanza si sienten que su relación se encuentra amenazada o no satisface sus expectativas.

Por otro lado, los trastornos emocionales también pueden alimentar la dependencia emocional dado que personas que padecen depresión o ansiedad pueden buscar de manera constante validación y apoyo emocional en otros para aliviar su malestar emocional, lo que puede llevar a comportamientos de dependencia en sus relaciones interpersonales.

Es importante abordar tanto la dependencia emocional como los trastornos emocionales en el tratamiento, con el fin de promover relaciones más saludables y un bienestar emocional y psicológico en general.

Palabras claves: Dependencia emocional, Trastornos emocionales, Ansiedad, Depresión

Abstract

The aim of this monograph is to assess the relationship between emotional disorders and emotional dependence, considering that depressive and anxiety disorders are among the emotional disorders that significantly and persistently impact an individual's mood, emotions, and behavior. On the other hand, emotional dependence is defined as an extreme need for emotional connection to a partner, and may manifest through a range of maladaptive behaviors, such as fear of abandonment, denial of one's own needs in favor of those of the other, or problems with self-assessment and self-esteem.

The relationship between the two is complex and reciprocal. On one hand, emotional dependency can act as a symptom that contributes to the development or worsening of emotional disorders. Individuals with emotional dependency tend to base their self-esteem and emotional well-being on their interpersonal relationships, increasing their vulnerability to experiencing symptoms of sadness, anxiety, or hopelessness if they feel their relationship is threatened or does not meet their expectations.

On the other hand, emotional disorders can also fuel emotional dependency, as individuals suffering from depression or anxiety may constantly seek validation and emotional support from others to alleviate their emotional distress, leading to dependent behaviors in their interpersonal relationships.

It is important to address both emotional dependency and emotional disorders in treatment, in order to promote healthier relationships and overall emotional and psychological well-being.

Keywords: Emotional dependency, Emotional dependency, Anxiety, Depression

Introducción

La presente monografía, como parte del trabajo final de grado de la licenciatura en Psicología, tiene como objetivo abordar la relación entre la dependencia emocional y los trastornos emocionales. La elección de este tema está motivada por intereses personales en cuanto al ámbito de las relaciones afectivas de los individuos, vinculada a una temática de suma importancia en la actualidad, como lo son la ansiedad y la depresión, dados los datos de prevalencia proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuales se detallarán en la introducción de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Tras una contextualización de la situación actual a nivel mundial y regional, en el primer apartado se aborda la definición de los trastornos depresivos, sus síntomas asociados y dos de los trastornos más prevalentes, el trastorno depresivo mayor y la distimia. Posteriormente, se presenta, a modo de teorización, el modelo cognitivo de la depresión. En el segundo apartado, se definen los trastornos de ansiedad, sus síntomas y características, con énfasis en el trastorno de ansiedad generalizada. En este caso, se introduce como modelo explicativo la teoría de los dos factores de Mowrer. El tercer apartado aborda los trastornos emocionales, categoría que reúne a los trastornos depresivos y de ansiedad, proporcionando su definición y características. En el cuarto apartado, se introduce el concepto de dependencia emocional, describiendo sus características, etiología y diagnóstico diferencial y finalmente, en el quinto apartado, se examina la relación entre la dependencia emocional y los trastornos emocionales, presentando diversos estudios que respaldan la misma.

Trastornos depresivos y de ansiedad

En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los trastornos depresivos y de ansiedad como trastornos mentales comunes dada las estadísticas de prevalencia en ese momento. En ese mismo año, la OMS sugiere que el número de personas con esos trastornos estaba en aumento a nivel mundial, sobre todo en países de bajos ingresos, debido al crecimiento de la población y al aumento de personas que alcanzan la edad en la que la depresión y la ansiedad son más frecuentes (OMS, 2017). Para el año 2023, los datos que se estiman en cuanto a la depresión arrojan que el 3,8% de la población mundial experimenta esta condición, alrededor de 280 millones de personas. En cuanto a los trastornos de ansiedad se estima que un 4% de la población mundial padecen algún trastorno de ansiedad en la actualidad (alrededor de 301 millones de personas). Esto los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales (OMS, 2023).

Sumar las cifras de ambas condiciones para obtener un porcentaje total de trastornos mentales comunes no es adecuado ya que muchas personas los experimentan de forma simultánea. Existe evidencia que demuestra una considerable comorbilidad entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad (Beck et. al., 2010).

En cuanto a nuestro país, en un estudio realizado en 2015 sobre el consumo de antidepresivos se menciona que las cifras según la OMS para depresión fue de 5% y de 6,4% para los trastornos de ansiedad (Barboza et al., 2021). Esto es relevante ya que ambos trastornos son factores de riesgo para el suicidio, un problema de salud pública más que relevantes a nivel mundial, regional y sobre todo para nuestro país dadas las tasas elevadas que se presentan. Cada año más de 700.000 personas se suicidan en el mundo, siendo esta la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años (OMS, 2023). En América, Uruguay tiene una de las tasas de suicidio más altas; en el año 2022 se suicidaron 823

personas (23,2 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes) registrando un aumento respecto a los últimos años (Ministerio de salud pública, 2023).

Trastornos Depresivos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos depresivos se caracterizan por una desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los síntomas generales son estado de ánimo triste y anhedonia, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Dentro de los mismos encontramos: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Dentro de ellos se destacan dos como más comunes: el trastorno depresivo mayor que es la manifestación clásica y el trastorno depresivo persistente o distimia se caracteriza por ser una forma más crónica de depresión (OMS, 2023). Para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor, además de los síntomas generales (tristeza y anhedonia), se debe encontrar en el sujeto (durante un período continuo de dos semanas) síntomas como: cambios significativos de peso o alteraciones en el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos excesivos de inutilidad o culpabilidad, dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Los mismos causan malestar o deterioro en la cotidianidad de quien lo padece, ya sea a nivel social, laboral, familiar, etc. En el caso del trastorno depresivo persistente (distimia) se establece que para su diagnóstico tienen que estar presentes los síntomas generales del trastorno depresivo mayor y se agrega la baja autoestima y los sentimientos de

desesperanza, los cuales persisten mínimamente y de forma continua por dos años, se padecen casi todos los días y el individuo no ha estado sin ellos por más de dos meses seguidos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Modelo Cognitivo de la Depresión

Existen múltiples modelos teóricos que ofrecen explicaciones sobre el desarrollo y la persistencia de la depresión en los individuos, por su parte Aaron Beck (2010) desarrolla un modelo cognitivo de la depresión a través de la observación clínica y la investigación experimental con el fin de proporcionar técnicas para reconocer y modificar en el sujeto, conceptualizaciones distorsionadas y las creencias erróneas que subyacen a las mismas. Para esto propone tres elementos a tener en cuenta: la tríada cognitiva, la organización estructural del pensamiento depresivo y los errores en el procesamiento de la información.

La Tríada Cognitiva consiste en tres patrones de pensamiento que se encuentran en personas que experimentan depresión. El primero es la visión negativa de sí mismos; las personas con depresión pueden verse como desafortunadas, inútiles o sin valor y atribuyen a sus defectos o falencias la imposibilidad de sentir felicidad o alegría. El segundo patrón implica interpretar las experiencias de manera negativa; ven el mundo como hostil, lleno de obstáculos y tienden a interpretar las situaciones que se les presentan de manera pesimista, incluso cuando parecieran tener significaciones positivas. El tercero es una visión negativa del futuro; suelen pensar que sus problemas y padecimientos persistirán de manera indefinida, anticipando más tristeza y fracasos en el futuro.

La organización estructural del pensamiento depresivo se refiere a cómo las personas con depresión procesan la información y perciben el mundo que les rodea, entendiendo los mismos como esquemas. En la depresión, estos esquemas pueden distorsionar la percepción

de la realidad, haciendo que se interpreten situaciones de manera negativa incluso cuando no hay una razón objetiva para hacerlo, en casos graves de depresión pueden llegar a controlar el pensamiento.

Los errores en el procesamiento de la información incluyen formas más primitivas y formas más maduras de pensar. El pensamiento depresivo tiende a ser extremo y negativo, el pensamiento más maduro tiende a ser más equilibrado y considerado. El pensamiento más primitivo refiere a determinados errores de procesamiento de la información, a saber: *inferencia arbitraria*, llegar a una conclusión sin evidencia o incluso con evidencia contraria; *abstracción selectiva*, enfocarse en un detalle específico de una situación e ignorar el resto; *generalización excesiva*, se toma un hecho aislado y se aplica a todas las situaciones; *maximización y minimización*, se exagera o minimiza la importancia de una situación; *personalización*, atribuir eventos externos a uno mismo sin una base sólida para hacerlo; *pensamiento absolutista y dicotómico*, ver las cosas en categorías extremas, como todo o nada.

La perspectiva de Beck, entonces, ofrece una representación esquemática que explica cómo las personas pueden mantenerse en un estado depresivo dado que tienden a interpretar sus experiencias de manera negativa, creyendo que es irreversible. Esto provoca que se vean a sí mismos como "perdedores" y piensen que están destinados al fracaso (Beck et. al., 2010).

Trastornos de Ansiedad

Según el DSM-5 los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de síntomas como el miedo o ansiedad excesiva y pueden llevar al sujeto a tener alteraciones en el comportamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Beck y Clark sostienen que el miedo es una respuesta natural y adaptativa ante una amenaza percibida que alerta al

individuo sobre un peligro y la necesidad de tomar medidas defensivas o de protección. Puede volverse desadaptativo cuando se experimenta en situaciones neutrales o que no representen una amenaza y son interpretadas de forma errónea como peligrosas. El miedo es una característica fundamental de todos los trastornos de ansiedad y queda en evidencia en las crisis de angustia y ataques de pánico que algunas de las personas con este diagnóstico experimentan (Beck & Clark, 2012). Las crisis de pánico (o ataques de pánico) son comunes en los trastornos de ansiedad como respuesta al miedo, aunque no son exclusivas ya que se pueden presentar en otros trastornos. Refiere a la aparición repentina de un miedo o malestar intenso, que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos, con síntomas como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de dificultad para respirar o asfixia, sensación de ahogo, dolor en el pecho, náuseas, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensación de entumecimiento o hormigueo), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Por otro lado, la ansiedad implica una preocupación más prolongada respecto a la amenaza mencionada, incluye otros factores cognitivos adicionales como son la percepción de aversividad, falta de control, incertidumbre e incapacidad para obtener resultados esperados (Beck & Clark, 2012). Es una respuesta que se anticipa a una amenaza futura y se caracteriza por la tensión muscular, alerta ante posibles amenazas y conductas cautelosas o evitativas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Dentro de los trastornos de ansiedad encontramos: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Uno de los trastornos más comunes es el trastorno de ansiedad generalizada, para su diagnóstico el individuo debe experimentar ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) la cual resulta difícil de controlar, junto con síntomas como inquietud o sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o dormir mal). Los mismos están presentes durante un mínimo de seis meses la mayoría de los días causando malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, como lo social, laboral u otras áreas de la vida cotidiana (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Puede tener un impacto negativo en las relaciones sociales y laborales de quienes lo padecen ya que los síntomas suelen manifestarse de manera somática e inespecífica, incluyendo insomnio, dolor de cabeza, musculares, fatiga y malestar gastrointestinal (Academia Nacional de Medicina, 2013).

Teoría de los Dos Factores de Mowrer

Mowrer (1947) postula un modelo explicativo para la ansiedad el cual llama teoría de los dos factores donde introduce el aprendizaje del signo y el aprendizaje de la solución (Gondra, 2007). El autor intenta mejorar la comprensión de la evitación y el miedo en los seres humanos a través de una revisión de la teoría del condicionamiento clásico que plantea que los miedos se desarrollan como consecuencia de una experiencia que provoca ansiedad (aversiva) y se asocia a un estímulo neutro. La teoría de Mowrer se convirtió en una explicación ampliamente aceptada en la época y aunque ya no se considere una teoría sostenible como tal, sigue siendo relevante dado que muchos de los tratamientos conductuales efectivos para los trastornos de ansiedad se basan en ella (Beck & Clark, 2012).

Esta teoría plantea, por un lado, el aprendizaje del signo o condicionamiento el cual describe cómo se adquieren las emociones, significados, actitudes y pensamientos basándose

únicamente en la proximidad temporal de los estímulos y está asociado al sistema nervioso autónomo¹, se manifiesta a través de reacciones viscerovasculares, es decir que son en su mayoría involuntarias (Mowrer, 1951). Esta primera instancia se refiere a un ejemplo claro de condicionamiento clásico de la ansiedad. Se adquieren las fobias a través de experiencias traumáticas, por ejemplo, una persona es mordida por un perro lo que le genera dolor y una lesión, se asocia a un trauma y a una respuesta ansiosa de la situación, por consiguiente el perro puede generar luego ansiedad en la persona por sí mismo. Estos episodios traumáticos pueden ser reales, imaginarios e incluso puede haberle ocurrido a otra persona, así como también pueden ser recordados o no por el sujeto (Chartock, 2006).

Por otro lado, el aprendizaje de soluciones o resolución de problemas refiere a la adquisición de los hábitos instrumentales, es decir, comportamientos o acciones aprendidas que hacemos de forma automática. Este es un proceso que involucra la sustitución de estímulos o cambios en las asociaciones (Thorndike, s.f citado por Mowrer, 1951) y da cuenta de los casos de aprendizaje visible. Está relacionado con el sistema nervioso central e involucra respuestas que controlan los músculos esqueléticos, lo que hace que la mayoría de las respuestas sean voluntarias (Mowrer, 1951). Esta segunda instancia se da una vez se adquirió la fobia, el sujeto comienza a evitar el objeto temido como forma de reducir el temor que le genera y refuerza negativamente la respuesta ansiosa. En cambio, siguiendo con el ejemplo dado, si continuara exponiéndose al perro y tiene experiencias más agradables, el miedo y la ansiedad terminarían por extinguirse (Chartock, 2006).

¹ El sistema nervioso autónomo es la sección del sistema nervioso que se ocupa de regular las funciones involuntarias del organismo. Su tarea es controlar actividades que no se realizan de manera consciente, como el ritmo cardíaco, la digestión, la respiración, la producción de saliva, la sudoración, el tamaño de las pupilas, la micción y la actividad sexual (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2001).

Trastornos Emocionales

Barlow en el “Protocolo unificado para el tratamiento de trastornos emocionales” plantea que, según investigaciones realizadas, existen más similitudes que diferencias entre los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo (Barlow, et al., 2011). Dentro de los trastornos emocionales Barlow (2011) incluye trastornos de ansiedad y trastornos depresivos,

Uno de los puntos que destaca este manual es la alta frecuencia de comorbilidad en el diagnóstico de estos trastornos (Barlow, et al., 2011), es decir, la coexistencia de dos o más condiciones médicas (trastornos en este caso) en un mismo individuo (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014). Beck toma varios estudios científicos para hablar de sobre esta temática y menciona que gran parte de las investigaciones realizadas sobre comorbilidad se han enfocado en la conexión entre ansiedad y depresión. Uno de ellos arroja que aproximadamente el 55% de los pacientes con estos diagnósticos, también presentan al menos otro trastorno de ansiedad o depresión en simultáneo (Brown & Barlow, 2002 citado por Beck, 2012).

Barlow plantea un modelo de "triple vulnerabilidad" que destaca factores que influyen en el desarrollo de estos trastornos. Estos tres factores son: a) vulnerabilidad biológica generalizada; b) vulnerabilidad psicológica generalizada; y c) vulnerabilidad psicológica específica.

Respecto a la vulnerabilidad biológica generalizada menciona que hay estudios que sugieren que las personas con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se caracterizan por una hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas² (Etkin & Wager, 2007; Shin &

² Red compleja de estructuras cerebrales entre las que se encuentran el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala y la corteza cingulada, entre otros (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2001).

Liberzon, 2010 citado por Barlow et. al., 2011), las cuales desempeñan un papel crucial en la regulación de las emociones, la memoria y el comportamiento (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2001); y un control inhibitorio interrumpido o limitado por las estructuras corticales³ (Etkin & Wager, 2007; Shin & Liberzon, 2010 citado por Barlow et. al., 2011) que están implicadas en funciones avanzadas como son el procesamiento de la información sensorial, la planificación y ejecución del movimiento, el lenguaje, la toma de decisiones y el pensamiento abstracto (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2001). Estas características subyacen al aumento en la intensidad y la frecuencia de experiencias emocionales negativas (Etkin & Wager, 2007; Shin & Liberzon, 2010 citado por Barlow et. al., 2011). Luego la vulnerabilidad psicológica generalizada hace referencia a experiencias tempranas que pueden haber contribuido al desarrollo de ansiedad o estados afectivos negativos, dado que generaron una sensación de falta de control o incertidumbre en el individuo. Dichas experiencias no necesariamente tienen que haber sido hechos traumáticos o perjudiciales. Por último, la vulnerabilidad psicológica específica introduce la manera en que se aprende a dar respuesta ante la ansiedad o catalogar ciertas situaciones, objetos o estados internos como potencialmente peligrosos, incluso cuando objetivamente no lo son. Son experiencias de aprendizaje temprano que pueden adquirirse mediante la observación de nuestros padres por ejemplo (Barlow, et al., 2011).

Un último punto que Barlow (2011) destaca como relevante dentro de los trastornos emocionales es el papel de la regulación emocional (Barlow, 2011), es decir, la autorregulación de las emociones y del comportamiento (Reyes & Tena, 2016). Las emociones están asociadas con la toma de decisiones, los cambios en el comportamiento y la

³ Estructuras que forman parte de la corteza cerebral, las cuales están interconectadas y trabajan en conjunto para integrar la información sensorial, coordinar respuestas motoras y permitir las funciones cognitivas superiores. Está compuesta por la corteza prefrontal, la corteza parietal, la corteza temporal, la corteza occipital y la corteza cingulada (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2001).

detección y comunicación de necesidades (Levenson, 1999 citado por Reyes & Tena, 2016). La dificultad en la regulación de las emociones se asocia con comportamientos impulsivos, maladaptativos y erráticos (Warner y Gross, 2012, citado por Reyes & Tena, 2016). Particularmente dentro de los trastornos emocionales las personas pueden recurrir a estrategias de regulación desadaptativas como son la supresión o evitación, intentando controlar emociones tanto positivas como negativas, esto puede traer consecuencias contraproducentes y resultar en un aumento de las mismas, lo que conduce a más intentos fallidos de supresión o evitación, generando una creciente angustia psicológica en el individuo (Barlow, 2011).

Dependencia Emocional

Se ha reconocido en la actualidad, que han surgido nuevas formas de dependencia en los individuos, por ejemplo hacia el juego, la comida, las compras, el sexo y el internet, tanto con sustancias psicoactivas involucradas como sin ellas (Alonso-Fernández, 2003; Becoña, 2005; Echeburúa, 2000 citados por Moral & Sirvent, 2009). Dentro de estas se encuentra la dependencia emocional que toma relevancia por ser un componente significativo en la práctica clínica diaria dado que puede estar presente como elemento de base para el desarrollo de algunos trastornos psicológicos (Moral & Sirvent, 2009), por ejemplo en casos de trastornos emocionales (Cano et al., 2015). Sin embargo, debido a la falta de información sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento, muchas veces no se le concede la debida importancia (Moral & Sirvent, 2009).

Se han establecido algunas características teóricas de esta dependencia a través de observaciones e investigaciones a nivel clínico (Moral & Sirvent, 2008) y también a nivel experimental (Cano, et al., 2015), aunque, en general, es una problemática poco tratada o desconocida. Un primer acercamiento tuvo lugar a la hora de tratar de entender el

comportamiento que algunas mujeres víctimas de violencia basada en género tenían hacia sus maltratadores, por ejemplo, casos en los que seguían queriendo a sus pareja y/o retiraban denuncias para retomar el vínculo, pero la dependencia emocional no solo se presenta en vínculos violentos (Castelló, 2005). Como animales sociales que somos probablemente todos presentamos un cierto nivel de dependencia afectiva de carácter psicosocial, el problema surge cuando es la necesidad que controla al sujeto, se contamina el vínculo afectivo y lo vuelve patológico (Moral y Sirvent, 2008).

Jorge Castelló (2005) define la dependencia emocional como la necesidad extrema de conexión afectiva de un individuo hacia su pareja, lo cual se ve reflejado en comportamientos sumisos, pensamientos obsesivos acerca de su pareja y miedo al abandono. Se distingue de lo que es inherente a una relación de pareja convencional donde se experimentan deseos de estar con el otro, tener su apoyo, sentirse amado y valorado, justamente por esa “necesidad extrema” que enfatiza la diferencia entre querer y necesitar al otro. Se distingue además de otros tipos de dependencia que surgen en situaciones en las cuales el sujeto se encuentra vulnerable, como puede ser la dependencia económica (Castelló, 2005).

Por su parte Moral y Sirvent (2018) definen la dependencia emocional como un tipo de dependencia entre dos sujetos no adictos, que consiste en un patrón crónico de demandas afectivas frustradas que buscan ser satisfechas a través de relaciones interpersonales de apego patológico. Son relaciones que se caracterizan por ser posesivas, con alto desgaste energético, dificultad para romper lazos emocionales, ansia de afecto y sentimientos negativos como culpa, vacío y miedo al abandono (Moral y Sirvent, 2008).

Etiología

La etiología no se limita únicamente a aspectos de la personalidad o relacionales sino que también se ven influenciadas por las percepciones sociales sobre el amor y factores macroestructurales (Moral y Sirvent, 2009). Se involucran principalmente cuatro elementos en el sujeto: *carencias afectivas tempranas* las cuales tienen que ver con el entorno y las dinámicas interpersonales a las que una persona se encuentra expuesta en su edad temprana; *el mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima* es el procesamiento intrapsíquico del primer elemento, la interpretación de esos factores ambientales que darán lugar a una determinada percepción, tanto de uno mismo como de los demás; *factores biológicos* refieren a los componentes genéticos y biológicos inherentes a nuestra especie; por último, los *factores socioculturales* refieren al contexto social en el que se encuentra inmerso el sujeto que puede promover o no ciertos rasgos de personalidad, entre ellos la dependencia emocional. Los dos primeros son requisitos indispensables para el desarrollo de la dependencia emocional aunque es probable que sea la combinación de los cuatro lo que genera dicho fenómeno (Castelló, 2005).

Características de las Personas con Dependencia Emocional

Moral y Sirvet (2009) describen las dependencias sentimentales como trastornos relacionales que manifiestan comportamientos desadaptativos vinculados a una interrelación afectivodependiente. En este sentido, distinguen entre las dependencias relacionales genuinas que tienen una identidad propia como la dependencia emocional y las coadicciones que se consideran secundarias a trastornos adictivos como la codependencia (Moral & Sirvent, 2009), dicha definición se encuentra más adelante en el texto.

Estos autores proponen tres elementos principales como características generales de este tipo de dependencias. El primero corresponde a elementos adictofílicos que se asemejan a un adicto convencional y se presentan como: necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental; vacío emocional; *craving* o anhelo intenso de la pareja; síntomas de abstinencia en su ausencia; búsqueda de sensaciones. El segundo elemento corresponde a factores vinculares, los cuales refieren como patología de la relación y aparecen como: apego invalidante con deterioro de la propia autonomía, es decir, el sujeto se vuelve excesivamente dependiente del otro e influye negativamente en su capacidad para ser autosuficiente; rol ejercido, lo que refiere al rol dentro de la pareja por ejemplo subordinado (posición de sumisión), antidependiente (independencia extrema), sobrecontrol, orientación rescatadora (rol de salvador/a), juegos de poder; y el estilo relacional (acomodación al status patológico), donde el sujeto ajusta su comportamiento con respecto a lo que necesite su pareja. Por último, los elementos cognitivo-afectivos que hacen referencia a la psicopatología asociada, que pueden ser: mecanismos de negación y autoengaño; sentimientos negativos como inescapabilidad emocional, abandono, culpa; y finalmente la integridad del yo: asertividad, límites, egotismo (Moral & Sirvent, 2009).

Específicamente, para las personas que padecen dependencia emocional se establece que experimentan una forma pura de dependencia, lo que significa que dependen de otra persona de manera subordinada. Suelen carecer de conciencia del problema lo que resulta en efectos negativos en sus relaciones sentimentales y tienden a no aprender de los errores lo que los lleva a repetir los mismos o intentar soluciones que no han dado resultado en ocasiones anteriores (reiteración) Experimentan miedo a la soledad, vacío emocional y sentimientos negativos, e incluso pueden llegar a tener pensamientos autodestructivos en momentos de crisis. Sienten que no pueden escapar emocionalmente de sus relaciones y pueden enfrentar conflictos de identidad. Su enfoque suele estar excesivamente dirigido hacia

su pareja, descuidando sus propias necesidades y asumiendo una carga excesiva de responsabilidades. Por último, tienden a adoptar un papel de rescatadores, sintiendo la necesidad de ayudar a la persona de la que dependen, incluso a costa de sus propios intereses (Moral y Sirvent, 2009).

Castelló (2005) plantea que existen tres áreas fundamentales del individuo afectadas por esta problemática. Estas son: las relaciones de pareja, las relaciones con otros individuos y el estado emocional y autoestima. El área de las relaciones de pareja es la más relevante y donde se vuelve más visible la dependencia emocional y, en general, donde el individuo está más focalizado. Se presentan características como necesidad excesiva y deseo constante hacia el otro; deseo de exclusividad en la relación; prioridad de la pareja sobre cualquier cosa; idealización de la pareja; relaciones basadas en sumisión y subordinación; historial de relaciones de pareja desequilibradas; miedo a la ruptura y asunción del sistema de creencias de la pareja. En el área de las relaciones con el entorno interpersonal se observan particularidades en su interacción con otros ámbitos importantes como puede ser la familia, amigos o compañeros de trabajo. En este caso se encuentran características como deseos de exclusividad hacia otras personas significativas; necesidad de agradar y déficit de habilidades sociales. Por último, el área de autoestima y estado de ánimo es muy relevante dado que a menudo es el motivo de consulta más frecuente debido a que el individuo presenta síntomas relacionados a trastornos psicológicos, como puede ser tristeza, poca valoración y continuo sufrimiento, sobre todo cuando su pareja está por romperse, lo que por ejemplo puede relacionarse con depresión. Encontramos en esta área características como: baja autoestima; miedo e intolerancia a la soledad; estado de ánimo negativo y comorbilidades frecuentes.

Es importante destacar que para poder establecer que una persona padece dependencia emocional no es necesario que todas las características estén presentes, la cantidad o

intensidad de las mismas determina el grado de dependencia. Sin embargo, se pueden destacar tres como las más significativas, dado que sin ellas sería difícil determinar la presencia de esta dependencia en el individuo. Estas son la baja autoestima, el miedo e intolerancia a la soledad y la tendencia a establecer a lo largo de la vida relaciones de pareja desequilibradas (Castelló, 2005).

Diagnóstico diferencial

La dependencia emocional ha sido estudiada principalmente dentro del marco de otros trastornos o como un síntoma asociado a los mismos y aunque algunos autores argumentan a favor de considerarla como una categoría diagnóstica independiente (Castelló, 2005, citado por Cano, et al., 2015) resulta difícil clasificarla dentro de los estándares convencionales, lo que explica las reservas de algunos profesionales y la falta de información antes mencionada (Moral & Sirvent, 2009). Se enfatiza entonces en la importancia de la conceptualización y diagnóstico diferencial en comparación con alteraciones similares como la sociotropía (Moral & Sirvent, 2008), trastorno de personalidad por dependencia, codependencia (Castelló, 2005).

Codependencia

“Una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte, y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona” (Bettie, 1990, p. 16). Refiere a personas que establecen relaciones afectivas con individuos que tienen problemas de adicciones frecuentemente, aunque no de forma exclusiva. Tienen necesidad de controlar el comportamiento adictivo de sus parejas, involucrándose de forma excesiva adoptando un papel de cuidado extremo de manera tal que se anulan a sí mismos y a menudo experimentan relaciones de pareja abusivas, baja autoestima y trastornos psicológicos (Beattie, 1992 citado por Castelló, 2005). Se exponen a este tipo de relaciones dado que están

cómodos desempeñando el papel de cuidadores y el someterse y obsesionarse es la máxima expresión de la abnegación, lo que consideran un fin en sí mismo a diferencia de la dependencia emocional, que el sometimiento no es un fin en sí mismo, sino más bien un medio para preservar la relación y complacer a la pareja idealizada (Castelló, 2005).

Sociotropía

Desde la perspectiva cognitivista, se han identificado dos estilos cognitivos que predisponen a la depresión: la sociotropía y la autonomía (Beck, 1983 y Moore & Blackburn, 1994, citados por Castelló, 2005). Por un lado la sociotropía se caracteriza por hipersensibilidad al rechazo, fuerte dependencia hacia los demás y la necesidad intensa de afecto; por otro lado, la autonomía se define por la independencia, el perfeccionismo y una marcada necesidad de reconocimiento en logros en ámbitos académicos, profesionales, entre otros. Por lo tanto, una persona sociotrópica tiende a creer que no es apreciada por los demás y buscará constantemente validación, es altamente susceptible a cualquier evento que perciba como una amenaza a sus recursos sociales y aumenta su riesgo a experimentar depresión tras sufrir una pérdida en términos de aceptación o conexión social (Gabalda, 2013). Presenta similitudes con la dependencia emocional referidas a la valoración, el miedo al rechazo, buscar constantemente apoyo en el otro y la necesidad de afecto. Sin embargo, la dependencia emocional se manifiesta principalmente en relaciones de pareja, donde se presentan patrones de interacción donde la idealización y el sometimiento hacia la pareja desempeñan un papel predominante, mientras que en el concepto de sociotropía no se especifica el tipo de relación, pudiendo ser de amistad o familiar, por ejemplo. Además está vinculada directamente al concepto de depresión como un elemento que propicia la misma y, si bien las personas con dependencia emocional pueden experimentar depresión en algún

momento de su vida, la dependencia emocional no necesariamente predispone a episodios depresivos (Castelló, 2005).

Trastorno de Personalidad por Dependencia

La característica principal de la persona que padece trastorno de la personalidad dependiente es la necesidad excesiva y continua de recibir cuidado, se manifiesta a través de un comportamiento sumiso extremo, miedo por separación y apego. Son individuos que se autoperciben como incapaces de funcionar de forma adecuada sin la ayuda de otro y presentan grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En este caso se diferencia de los dependientes emocionales ya que estos no buscan protección o refugio debido a una falta de autonomía si no que buscan afecto. La incapacidad para soportar la soledad no se debe a una percepción de desvalidez, sino más bien a falta de valoración propia y la creencia de necesidad de otra persona para darle sentido a sus vidas. En general las personas con dependencia emocional poseen una considerable autonomía y desenvolvimiento personal y de hecho, suelen ser personas que desde su infancia están acostumbradas a tener que valerse por sí mismas, lo que genera en ellos un suceso completamente opuesto al que se observa en el trastorno de la personalidad por dependencia (Castelló, 2005).

Relación Entre Dependencia Emocional y Trastornos Emocionales

La dependencia emocional no debe ser subestimada como asunto de relaciones amorosas o una experiencia negativa en una pareja, dado que distingue a quien la padece en términos psicológicos, estado de ánimo y comportamiento. En este sentido, al igual que la mayoría de los trastornos, es común que presente comorbilidad. En los casos de dependencia

emocional estarán mayormente vinculadas con circunstancias adversas, por ejemplo, la ruptura de la pareja, deterioro de la relación, miedo de abandono o soledad, entre otros, por lo que la comorbilidad puede fluctuar dependiendo de las condiciones (Castelló, 2005). Las personas con dependencia emocional, sin necesidad de tener una psicopatología coexistente, pueden presentar estado de ánimo disfórico, con tendencia a la rumiación sobre posibles abandonos, miedo a la soledad o el futuro de la relación. En este sentido, las comorbilidades estarán acordes al estado de ánimo triste y preocupado que ya experimentan y en general serán los trastornos emocionales (Castelló, s.f). Se han realizado algunas investigaciones científicas respecto a esto, las cuales confirman esta teoría propuesta por Castelló (2005) sobre la relación entre dependencia emocional y trastornos emocionales (Del Rosillo, 2020; Lescano & Salazar, 2020; Lemos, et. al., 2019).

Un estudio realizado con el fin de conformar un perfil psicopatológico de la dependencia emocional, plantea que los pacientes de este tipo obtuvieron puntajes elevados en casi todas las escalas psicopatológicas evaluadas por el SCL-90-R⁴ y superan los puntajes normales que se encuentran en población psiquiátrica ambulatoria en dimensiones sintomáticas equivalentes a trastornos emocionales, entre otros trastornos que se evaluaron (Cano et al., 2015).

Otro estudio analizó la relación entre los componentes de dependencia emocional y los síntomas de los trastornos emocionales, del mismo surgen algunos mecanismos utilizados por personas con este padecimiento. Por ejemplo, la alteración de planes individuales, incluso si los encuentran gratificantes o placenteros, para pasar más tiempo con su pareja y reducir la ansiedad que le genera estar solo o separado de la misma. A la larga tiende a descuidar sus

⁴ Symptom CheckList-90 items-Revised (SCL90-R) (Derogatis, 1990), cuestionario utilizado para medir el estado psicopatológico actual. Consiste en 90 ítems con formato tipo Lickert (5 puntos) que representan diversos grados de intensidad del síntoma en cuestión. Da lugar a 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide (Cano, et al., 2015).

propias necesidades y distanciarse de amigos y familiares, este es un aspecto relacionado también con los trastornos depresivos (Lemos et. al., 2019). Otra estrategia en la que se encuentra relación es en la búsqueda de expresión emocional por parte de su pareja (Lemos y Londoño, 2006, citado por Lemos, et. al., 2019). Esto se sucede ya que al exigir afecto, el dependiente reduce la ansiedad en caso de recibir la respuesta esperada y refuerza la tendencia de seguir buscando ese tipo de expresión, mientras que si el individuo no se encuentra con la respuesta esperada, la ansiedad aumentará (Clark y Beck, 2010 citado por Lemos, et. al., 2019). Estos mecanismos son intentos de sentirse más seguros en la relación frente al miedo que sienten por la misma (Salamanca y Forero, 2014; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014 citado por Lemos, et. al., 2019), en general estas estrategias surgen de expectativas poco realistas de la relación y demandas irracionales del dependiente emocional que presenta ideas catastróficas e inflexibles (Ferreira, Rueckner, Cambiaso y Paredes 2004 citado por Lemos, et. al., 2019).

Se observa entonces una relación simbiótica continua de la dependencia emocional y los trastornos emocionales donde las personas dependientes buscan proyectar intensamente sus necesidades afectivas, cognitivas y conductuales en una pareja que perpetúe los esquemas disfuncionales que han desarrollado. Esto le genera a la persona dependiente una percepción negativa y limitante de sí misma, lo que produce un patrón de síntomas y conductas relacionados con los trastornos emocionales (Lescano & Salazar, 2020) como pueden ser sentimientos de miedo a la soledad, vacío emocional, sentimientos negativos (tristeza, abatimiento, desánimo, culpa), deseos de autodestrucción, entre otros (Cano, et al., 2015). Posiblemente sean estos mismos síntomas que les lleva a intentar mantener su pareja, incluso a cambio de sufrir de diferentes formas ya que, a medida que aumenta el nivel de dependencia, crece el temor al abandono y con ello la determinación absoluta de evitar una ruptura (Lescano & Salazar, 2020).

Consideraciones finales

El presente trabajo se propuso llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la relación entre la dependencia emocional y los trastornos emocionales. A través del análisis de la bibliografía disponible se confirma que existe una relación significativa entre ambos, pueden influirse mutuamente y crear un ciclo difícil de romper. Lescano y Salazar (2020) especifican que las personas que experimentan dependencia emocional pueden encontrarse involucradas en relaciones perjudiciales que contribuyen a su malestar emocional mientras que los síntomas asociados con los trastornos emocionales pueden reforzar aún más la necesidad de estar con su pareja.

En relación al concepto de dependencia emocional, su comprensión y estudio pareciera estar en una etapa inicial y aunque existen investigaciones científicas y trabajos académicos sobre el tema, así como profesionales de la salud que lo reconocen y utilizan en su práctica, la información me resultó acotada a la hora de profundizar.

Se hace evidente la importancia de continuar investigando y profundizando en la dependencia emocional en sí misma, su relación con los trastornos emocionales, así como de desarrollar estrategias efectivas de intervención y prevención en este ámbito.

Referencias Bibliográficas

Academia Nacional de Medicina (2013) *El trastorno de ansiedad generalizada*. Boletín de la Academia Nacional de Medicina. México. 2012;21(3):1-2 Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ta Edición. (DSM IV) Barcelona. Editorial Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta Edición (DSM V). Barcelona. Editorial Médica Panamericana.

Beck A.T., Clark D.A., (2012) *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. (Traducido al español por J Aldekoa) Editorial Desclée de brouwer, S.A., Bilbao

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.^a ed.). Editorial Desclée de Brower, S.A.

Barboza L., Dominguez V., Emiliano P., et al. (2021) *Evaluación del consumo en antidepresivos en la población uruguaya entre 2010 y 2014*. Revista Médica Uruguaya 37(3): e37304 doi:10.29193/RMU.37.3.3

Barlow D.H., Farchione T. J., Fairholme C. P., et al. (2011) *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. (Traducido al español por J. Osma y E. Crespo) Editorial Alianza Editorial, Madrid, 2015

Beattie, M. (1990). *Ya no seas codependiente: Como dejar de controlar a los demás y empezar a ocuparte de ti mismo*. Hazelden Publishing.

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

Castelló (s.f) *Dependencia emocional y violencia doméstica*. Fundación para la asistencia de personas adictas a personas. Recuperado de:

https://fundapap.org/wp-content/uploads/2021/04/Dependencia_emocional_y_violencia_domestica.pdf

Cano, M., Cubero, P., Fernandez, T., Lopez, O., Merino, L., Montero, E., Santamaría, J., Vega, G. (2015) *Perfil psicopatológico de pacientes con dependencia emocional*. Revista iberoamericana de psicología N°116, 36-46

Chartock, A. (2006) *Las causas de nuestra conducta*. Centro de terapia conductual. Edición digital. Recuperado de: <https://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>

Del Rosillo, M. V. (2020). *Dependencia emocional y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en un Instituto de Medicina Legal, Nuevo Chimbote-2019* (Tesis de doctorado). Universidad César Vallejo, Chimbote, Perú.

E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell (2001) *Principios de Neurociencia (1a ed. en español)* Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid

Gabalda, I. (2013) *El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck*. *Reflexiones críticas*. Boletín de psicología N°109, 19-49

Lemos, M., Vásquez A., Róman-Calderón, J. (2019) *Potential Therapeutic Targets in People with Emotional Dependency*. *International Journal of Psychological Research* 12(1) 18-27 Doi:10.21500/20112084.3627

Lescano, G. y Salazar, V. (2020) *Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia*. *Revista científica, Inicc-Perú*
Doi:<https://doi.org/10.36996/delectus>

Ministerio de Salud Publica (2023) *17 de Julio: día nacional para prevención del suicidio. Salud mental; una prioridad para Uruguay*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2014) *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. España. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Mowrer, O. H. (1951). *Two-factor learning theory: summary and comment*. Psychological Review, 58(5), 350–354. <https://doi.org/10.1037/h0058956>

Moral, M., & Sirvent, C. (2008). *Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación*. Revista española de drogodependencias, 33(2), 150-167.

Moral, M., & Sirvent, C. (2009). *Dependencia Afectiva y Género: Perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles*. Revista Interamericana de Psicología, 43(2), 230-240.

Reyes M. A., Tena E. A. (2016) *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Editorial El manual moderno, S.A. DE C.V, Mexico

Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Trastornos de ansiedad*. OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Depression and Other Common Mental*

Disorders. OMS. Recuperado de:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>