

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral?

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Erika Milady Jaramillo Vargas

Guatemala, mayo de 2014

**¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su
crecimiento integral?**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Erika Milady Jaramillo Vargas (estudiante)

M.A. Rebeca Ramirez de Chajón (asesora)

Guatemala, mayo de 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M. A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Decana

M. Sc. Mario Salazar

Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Erika Milady Jaramillo Vargas
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta Facultad
solicita autorización para realizar su Práctica
Profesional Dirigida para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

4. La solicitud hecha para realizar Práctica Profesional Dirigida está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
5. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
6. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: Erika Milady Jaramillo Vargas recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera
Decano



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.
Guatemala noviembre dos mil trece.

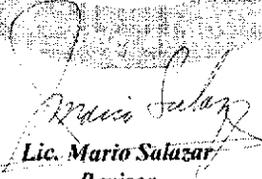
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral?**. Presentada por el (la) estudiante: **Erika Milady Jaramillo Vargas**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M. A. Rebeca Ramirez de Chujón
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
Guatemala enero dos mil catorce.

En virtud de que la *Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida* con el tema: **¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral?**. Presentada por el (la) estudiante: **Erika Milady Jaramillo Vargas**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo
dos mil catorce.....

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral?**. Presentada por el (la) estudiante: **Erika Milady Jaramillo Vargas**, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*




Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

Agradecimientos

- A Dios:** Por su infinito amor, fidelidad y misericordia, al haberme permitido culminar uno de los sueños más grandes y hermosos de mi vida, porque a Él doy toda honra, honor y gloria al alcanzar la meta deseada.
- A mis padres:** Juan Francisco Ramirez Aliñado y Mirna Leticia Vargas Arriaza por todo su apoyo moral y económico, y por infundirme la fuerza para lograr esta meta, por su amor y esfuerzo incondicional que me han demostrado siempre. Y a Luis Leonel Jaramillo Agudelo porque a pesar de la distancia siempre ha validado mi corazón.
- A mi esposo:** Gabriel Ramirez Barillas, por su amor y comprensión durante este proceso, donde siempre alentó mis sueños.
- A mis hijos:** Jonathan Josue Ramirez Jaramillo y Jennifer Alejandra Ramirez Jaramillo, por ser el motor que impulsa mi vida, por su apoyo y comprensión a lo largo de este proceso, donde siempre encontré un refugio de amor y sonrisa, a cada momento, aun en medio de la adversidad, mil gracias hijos amados.
- A mis hermanos** Jairo, Fernando y Dario Jaramillo, por su cariño y apoyo moral a la distancia.
- A mi familia:** Porque siempre me alentaron con cariño, para alcanzar mis metas y sueños.
- A mis amigas:** En especial a; Dery Miranda, Gloria Valdés, Silvia Solé, Alejandra Álvarez, Silvia González, Marissa Sosa y Amanda López, de quienes recibí cariño y apoyo, a cada momento, quienes siempre tendieron su mano para impulsarme a continuar hasta culminar y con quienes construí un lazo afectivo que dejan una huella imborrable en mí.
- A mis Licenciados:** A cada uno de los catedráticos, que me enseñaron durante estos 5 años, no solo los conocimientos de la carrera; sino también las experiencias de vida, que me ayudaron a formarme intelectual y emocionalmente.

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1. Descripción del Centro de Práctica	1
1.2. Ubicación de la Institución	2
1.3. Descripción de la Población Atendida	2
1.4. Organización	3
1.5. Programas establecidos	4
1.6. Organigrama	5
1.7. Planteamiento del problema	6
1.8. Objetivos	6
Capítulo 2	
Referente Teórico	8
2.1. Codependencia	8
2.2. Dependencia emocional	12
2.3. Emociones en las mujeres	21
2.4. Causas de la codependencia en la mujer	31
2.5. Efectos de la codependencia en la mujer	33
2.6. Procesos terapéuticos de apoyo a mujeres con codependencia	36

Capítulo 3	
Referente Metodológico	48
3.1. Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida	48
3.2. Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida	49
3.3. Población atendida en el centro de práctica	51
3.4. Cronograma de actividades realizadas	52
3.5. Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida	53
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	54
4.1. Análisis	54
4.2. Caso clínico	55
4.3. Logros obtenidos	68
4.4. Limitaciones	69
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
Referencias	72
Anexos	75

Resumen

En el siguiente contenido se visualiza el trabajo de investigación de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana extensión El Naranjo; Realizándose durante los meses de febrero a octubre 2013, en las instalaciones de la Clínica Periférica Primero de Julio, ubicada en la 15 calle entre 5ª y 6ª avenida de la zona 5 de Mixco, Colonia primero de Julio.

La siguiente investigación, está dividida en cuatro capítulos en los cuales se desarrollan de la siguiente manera:

Capítulo uno, se describe *la estructura del lugar de práctica profesional supervisada*, como también el planteamiento y los objetivos de la investigación.

Capítulo dos, en este se desarrolla el compendio de temas que componen el referente teórico que avala el tema de investigación.

Capítulo tres, se presenta a metodología de investigación realizada durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida, como el kit de pruebas proyectivas y sintomatologías abordadas en las técnicas gestálticas cognitivo conductuales y logoterapia, como el cronograma de actividades realizado en el centro de práctica.

Capítulo cuatro, se presenta el análisis de la relación del caso clínico y el contenido que respalda la problemática que se desarrolla en la mujer con codependencia emocional, de último las conclusiones, recomendaciones de la investigación cualitativa, y sus respectivos anexos.

Introducción

En la realización del proceso de Práctica Profesional Dirigida, requisito para toda alumna que cursa el último año de la carrera de psicología clínica y consejería social en la Universidad Panamericana, se realizó en la clínica periférica Primero de Julio, con pacientes que asistieron a esta institución durante el año, ya sea a nivel individual o familiar, para procesos psicológicos.

Este trabajo nace de la experiencia de haber estado en contacto con mujeres e identificar las características de víctimas de un amor enfermizo a causa de abusos físicos, emocionales y sexuales. Este amor alterado se llama Trastorno de Personalidad Dependiente “codependencia” que es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno y que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación, arraigando muchos signos y síntomas que alteran la identidad y sexualidad de quien la padece.

Se ha demostrado que la codependencia es una enfermedad adictiva como el alcohol y las drogas que pueden llegar a destruir el equilibrio emocional de las mujeres que lo padecen.

Ante esta problemática es necesario educar, concientizar y motivar a las mujeres a la búsqueda de su individualidad personal integral a través del acompañamiento psicológico que le ayude a sanar y recuperarse integralmente.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Descripción del Centro de Práctica

Nombre del Centro: Clínica Periférica Primero de Julio,

Esta institución pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente a la Jefatura del Área de Salud Guatemala Sur. Fue fundada el 31 de agosto de 1991, bajo la dirección de la Dra. Nancy Pezzarossi de Calderón, quien a su vez fundó la Maternidad Cantonal el 15 de febrero de 1994. La Clínica presta servicio a la comunidad con el propósito de prevenir y tratar enfermedades de tipo físico y psicológico. Atiende a pacientes en su mayoría personas de escasos recursos económicos.

Objetivo general

Protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud para la población que atiende la Clínica Periférica Primero de Julio.

Objetivos específicos

- Cumplir con las políticas gubernamentales de salud.
- Atender a la población asignada a la Clínica Periférica, y otras que se presenten no importando su origen.
- Mejorar el estado físico y psicológico de la población en general, con costos mínimos al servicio y consulta general.

- Proporcionar programas de prevención de salud comunitaria a la población, tanto multidisciplinario como interinstitucionalmente.

La clínica a través del recurso humano y material, brinda atención y servicio médico y psicológico, tanto a la región geográficamente asignada como a otras regiones que la solicitan, entre las cuales se pueden mencionar a San Juan Sacatepéquez, Cobán, Escuintla y otras.

La estructura del edificio de la Clínica Periférica Primero de Julio, es sólida en sus paredes, techo de terraza, cuenta con los servicios de agua potable, energía eléctrica, teléfonos, sanitarios para el personal y para la población que se atiende en la institución, además cuenta con suficiente iluminación natural.

El Edificio cuenta con las siguientes Áreas:

- ✓ Consulta Externa
- ✓ Emergencia
- ✓ Laboratorio
- ✓ Maternidad
- ✓ Oficinas
- ✓ Salones de usos múltiples
- ✓ Parqueo

1.2.Ubicación de la Institución

15 calle entre 5ta y 6ta. Avenida de la Zona 5 de Mixco, Colonia Primero de Julio.

1.3. Descripción de la Población Atendida

Los vecinos de la colonia primero de julio y colonias aledañas se integran por grupos étnicos variados que han emigrado de distintas partes del país e incluso personas extranjeras, quienes conforman niveles variados de cultura. La población regular atendida en la Clínica Periférica

Primero de Julio, oscila entre los 0 y los 68 años de edad, los que se subdividen en tres grupos según el servicio que solicitan:

- ✓ Niños de 0-13 años de edad: Asisten por control de enfermedades relacionadas con más frecuencia en las vías respiratorias y otros pertenecen a programa de atención de escuelas de nivel primario.
- ✓ Jóvenes de 14-17 años de edad: Solicitan ayuda o servicio médico y psicológico, quienes constituyen un buen número de pacientes, en su mayoría vienen de hogares de escasos recursos y algunos laboran en diversos lugares, enfrentándose a diversos problemas físicos y emocionales debido a las condiciones de vida que llevan.
- ✓ Adultos: Personas con responsabilidades y pocas oportunidades para desenvolverse, no solo en el aspecto económico, sino el psicológico e intelectual, lo cual es un limitante bastante fuerte para una vida con salud mental. Al buscar ayuda en esta institución benefician su economía familiar pues los servicios son gratuitos.

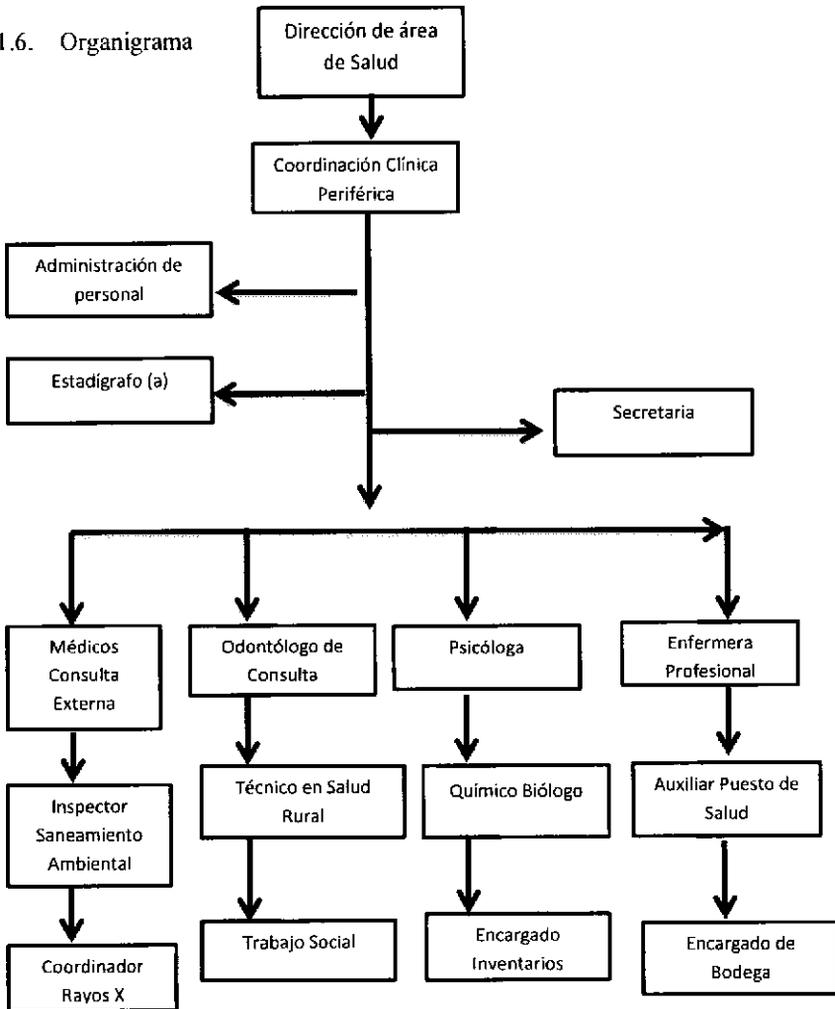
1.4. Organización

La organización del personal de la Clínica Periférica Primero de Julio, se encuentra estructurada de la siguiente manera: la dirección de área de salud, Doctor José Gabriel Ajcjp; coordinación de la clínica periférica, Doctora Nictté Pérez de Rojas; administración de personal del Sr. Héctor Sazo Solís; el estadígrafo (a) por Sra. Gabriela de Montes; secretaria Sra. Sonia Valenzuela; médicos de consulta externa Doctora Amparo Méndez y Doctor Roaldo Oliva; odontólogo de consulta, Doctor Marco Antonio Mendizábal; psicóloga Licenciada Raquel Alarcón; enfermera profesional, Dalia de Ríos; inspector saneamiento ambiental María Luisa Gómez; técnico en salud rural, Clara Solórzano; químico biólogo Licenciado Martín Gil; coordinador rayos X, Cesar Escobar; trabajo social, Alma Gramajo; encargado inventarios, Liseth Mendizábal; encargado de bodega, Oscar Palma; auxiliar de puesto de salud, Patricia de la Cruz; auxiliar de farmacia, Odilia Ramos.

1.5. Programas Establecidos

Dentro de la atención y servicio que presta la institución a la comunidad están los programas de Ginecología Directa, Atención Odontológica, Rayos X, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, Medicina General, pediatría, Emergencias las 24 horas, Maternidad las 24 horas, Trabajo Social, Servicio de Ambulancia, Departamento De Financiamiento Ambiental, Programa de Inmunización, Programa de Infecciones Agudas (Respiratorias), Tratamiento de Rehidratación Oral (T.R.O.), Desparasitaciones Intestinales Internas, Programa de RAVI Rabia Horizontal y Vertical, Programa de Vitaminación a nivel Escolar (Preprimaria a Básicos) Programa de Profilaxis Sexual, Programa de SIDA y del Cólera, Estimulación Temprana y Atención Psicológica.

1.6. Organigrama



Fuente: Elaboración propia; información obtenida por la clínica periférica Primero de Julio.

1.7. Planteamiento del Problema

Actualmente, se ha hecho más evidente los términos de dependencia y codependencia en las mujeres guatemaltecas, algunos síntomas como el miedo, temor, angustia, tristeza, preocupación, enojo, ira, inseguridad e inestabilidad emocional, se ven más frecuentes en las relaciones familiares, ya sean entre padres, madres, hijas e hijos; como de pareja, sin embargo algunas de las causas de esta dependencia se debe al alto grado de violencias intrafamiliares, que puede ocasionar traumas, sobreprotección, invalidación y anulación en cada mujer y hombre que se ve expuesto a esta situación, aunque en el contexto guatemalteco la violencia intrafamiliar se reciben más víctimas de género femenino.

Creando en ellas ansiedad, baja autoestima, vulnerabilidad, inconsistencia laboral, insatisfacción personal, hasta el grado de la desesperanza en la mujer, que se cree incapaz de tomar el control de su vida. Es por esto que se debe trabajar de una manera previsoras con las mujeres, para que no caigan en esta dependencia o codependencia, en su núcleo familiar o relación de pareja, basándose en una comunicación asertiva desde la infancia con sus padres, tomando la responsabilidad de sus decisiones, adquiriendo una autoestima adecuada, confianza en sí mismas, validándolas y empoderándolas, podrán salir de este círculo inadecuado de vida. Por lo anterior expuesto, se genera la siguiente interrogante de investigación.

¿Cómo influye la Codependencia emocional, en las mujeres para su crecimiento integral?

1.8. Objetivos

➤ Objetivo general

Identificar la influencia de la codependencia emocional, en las mujeres para su crecimiento integral.

➤ **Objetivos específicos**

Describir causas de codependencia emocional en las mujeres.

Enumerar los efectos de la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral.

Enlistar los procesos psicoterapéuticos de apoyo a las mujeres con codependencia emocional.

Estructurar un documento psicoeducativo, como aporte del tema de codependencia al centro donde se realizó la Práctica Supervisada.

Capítulo 2 Referente Teórico

2.1. Codependencia

A continuación se describe la diferencia entre dependencia y codependencia emocional, ya que suele generalizarse creyendo que es lo mismo, sin embargo dista mucho de ser lo mismo.

2.1.1. ¿Qué es la codependencia?

a) Hay casi tantas definiciones de codependencia como experiencias que la representan. En la desesperación (o tal vez en la iluminación), algunos terapeutas han proclamado: “Codependencia es cualquier cosa, y cualquier persona es codependiente”. De modo que ¿quién tiene razón? ¿Cuál definición es la adecuada?

Una breve historia de la codependencia ayudará a contestar esta pregunta. La palabra codependencia apareció en la escena del tratamiento psicológico a fines de la década de los setenta. No sé sabe con certeza quien lo descubrió. Aunque varias personas proclaman haberlo hecho, la palabra emergió simultáneamente en varios centros de tratamiento de Minnesota, de acuerdo con la información de la oficina de Sondra Smalley, una psicóloga con licencia y líder en el campo de la codependencia. Tal vez Minnesota, el corazón de los centros de tratamiento para las dependencias químicas y de los programas de Doce Pasos para los trastornos compulsivos, la descubrió.

Robert Subby y John Friel en un artículo del libro *Co-dependency, An Emerging Issue*, escribieron: “originalmente se usó para describir a la persona o las personas cuyas vidas se veían

afectadas como resultado de su relación cercana con alguien que tiene una dependencia química. El cónyuge, o hijo o amante codependiente de alguien químicamente dependiente era, visto como una persona que había desarrollado un patrón para contender con la vida que no era sano, como una reacción hacia el abuso del alcohol o de las drogas que hacía otra persona”.

Era un nombre nuevo para un juego viejo. Los profesionales habían sospechado durante largo tiempo que algo peculiar sucedía a las personas que estaban involucradas de cerca con individuos químicamente dependientes. Se había hecho alguna investigación sobre el tema, la cual indicaba que una condición física, mental, emocional y espiritual.

Es seguro, que los codependientes sintieron los efectos de la codependencia bastante antes de que se acuñara la palabra. “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.”

La otra persona puede ser un niño o adulto o un amante o un cónyuge, un hermano o hermana, un abuelo o abuela, un cliente o un amigo íntimo. Estas personas pueden ser alcohólicas, drogadictas, gente mental o físicamente enferma, una persona normal que de vez en cuando tiene sentimientos de tristeza, o una de las personas mencionadas anteriormente.

Pero el núcleo de la definición y de la recuperación no está en la otra persona, no importa cuánto se crea así, está es la misma persona que es codependiente. En la manera en que se permite que la conducta de otra persona afecte y en la forma en que trata de afectar a la otra persona: en los cuidados obsesivos, controladores, “ayudadores”, en la baja autoestima que raya en el odio hacia uno mismo, en la autorepresión, en la abundancia de ira y de culpa, en la peculiar dependencia de gente peculiar, en la atracción por y en la tolerancia de lo bizarro, en el estar centrado en otro que conduce al abandono de uno mismo, en problemas de comunicación, problemas de intimidad y en un continuo torbellino a través de las cinco fases del proceso de duelo.

b) La codependencia puede ser definida como una enfermedad, cuya característica principal es la falta de identidad propia. El codependiente pierde la conexión con lo que siente, necesita y desea. Si es dulce y agradable aunque no lo sienta, es porque busca aceptación. Cree que su valor como persona depende de la opinión de los demás. Da más importancia a los demás que a sí mismo. Se crea un yo falso, pues en realidad no está consciente de quién es y está tan desconectado de sus propios sentimientos, que asume la responsabilidad por las acciones de los demás. Se avergüenza por lo que hacen otras personas y toma las cosas de una manera personal. Invierte una enorme cantidad de energías en mantener una imagen o un estatus para impresionar porque su autoestima es muy baja, ya que depende del valor que los demás le otorgan.

2.1.1.1. ¿Es una enfermedad la codependencia?

Algunos profesionales dicen que la codependencia no es una enfermedad; dicen que es una reacción normal hacia la gente anormal.

Aunque los primeros grupos de Al-Anón se formaron en la década de 1940. La gente siempre ha tenido problemas y otros siempre se han preocupado de sus amigos y parientes con problemas. La gente siempre se ha abrumado con los problemas de los demás desde que comenzaron las relaciones humanas.

La palabra reaccionar es importante aquí. Sea como sea que nos aproximemos a la codependencia, como sea que la definamos, y sea cual fuere el marco de referencia que elijamos para diagnosticarla y para tratarla, la codependencia es primordialmente un proceso de reacción. Los codependientes son reaccionarios. Reaccionan en exceso. Reaccionan demasiado poco. Pero rara vez actúan. Reaccionan a los problemas, las vidas, los dolores y las conductas de otros. Reaccionan a sus propios problemas, dolores y conductas. Muchas reacciones codependientes son reacciones al estrés. No es necesariamente anormal, pero resulta heroico y un auténtico salvavidas aprender a no reaccionar y a actuar de maneras más sanas. Sin embargo, la mayoría de nosotros necesitamos que se nos enseñe a hacerlo.

Una razón por la cual se le llama enfermedad a la codependencia es porque es progresiva. A medida que la gente a nuestro alrededor se enferma más, podemos empezar a reaccionar en forma más intensa aún. Lo que empezó como una pequeña preocupación puede disparar el aislamiento, la depresión, una enfermedad física o emocional, o fantasías suicidas. Una cosa lleva a la otra, y las cosas se empeoran. La codependencia puede no ser una enfermedad, pero puede enfermarte. Y también puede contribuir a que la gente a tu alrededor permanezca enferma.

Otra razón más por la que se le llama enfermedad a la codependencia es porque las conductas codependientes como muchas conductas autodestructivas se vuelven habituales. Repetimos los hábitos sin pensarlo. Los hábitos cobran vida propia. Sea cual sea el problema que tenga la otra persona, la codependencia implica un sistema habitual de pensar, de sentir y de comportarnos hacia nosotros y hacia los demás que nos causa dolor.

Las conductas o hábitos codependientes son autodestructivos. Con frecuencia reaccionamos a las personas que se autodestruyen; reaccionamos aprendiendo a autodestruirnos. Estos hábitos nos pueden conducir a mantenernos en relaciones destructivas que no funcionan. Estas conductas pueden sabotear relaciones que en otras condiciones sí hubieran funcionado. Estas conductas pueden impedirnos encontrar la paz y la felicidad con la persona más importante en nuestra vida: uno mismo. Estas conductas pertenecen a la única persona que cada uno de nosotros puede controlar a la única persona que se puede hacer cambiar; a uno mismo.

Muchos profesionales dicen que el primer paso hacia el cambio es tomar conciencia. El segundo paso es la aceptación.

La codependencia es muchas cosas. Es una dependencia de los demás: de sus estados de ánimo, de su conducta, de su enfermedad o bienestar y de su amor. Es una dependencia paradójica. Parece que los demás dependen de los codependientes, pero en realidad ellos son los dependientes. Parecen fuertes pero se sienten desamparados. Parecen controladores pero en realidad son controlados ellos mismos. (Melody Beattie de su libro ya no seas codependiente).

2.2. Dependencia emocional

a) La dependencia emocional: “un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas”. La verdad es que es una definición que, al día de hoy, sigue siendo vigente porque la esencia de este problema es, que el dependiente presenta una frustración o una insatisfacción en su área afectiva que pretende compensar centrándose preferentemente en sus relaciones de pareja. El mundo del amor se convierte en lo más relevante para el dependiente emocional, que vive sus relaciones de una manera tremendamente intensa y que siente que lo único que realmente importa es el otro, sin poder concebir su existencia sin alguien a su lado.

Con esto, podríamos decir: ¿qué hay de malo en ello? claro, el amor es algo de por sí positivo y bien considerado por nuestra sociedad, por lo que tener una gran dedicación al mismo y una alta consideración de él parece más una virtud que un defecto. Pero nada más lejos de la realidad. El dependiente emocional suele tener relaciones de pareja desequilibradas, en las que aporta mucho más que el otro; por lo tanto, vive en la eterna falta de correspondencia, con todo lo que esto supone. Además prioriza tanto su relación amorosa que pone en compromiso el resto de sus facetas. Su estado de ánimo irá en función de dicha relación, su tiempo se dedicará a la otra persona (mientras ella se deje).

Sus pensamientos girarán en torno a la aceptación o al temido rechazo del otro, etc. De todo esto se desprende que mientras la relación vaya ligeramente bien aunque para otro esa situación fuera inadmisibile, la persona podrá cumplir con sus tareas habituales.

b) Muchos autores, definen dependencia emocional como “una necesidad afectiva fuerte, que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja”. Aunque lo más conocido es la dependencia emocional en cuanto a relaciones de pareja, se quiere recalcar que a lo largo de la actividad los terapeutas, también se han encontrado una alta necesidad afectiva hacia progenitores, y hacia los hijos (as), entre otras relaciones, no obstante, y por su mayor frecuencia, se centran en la dependencia emocional de la relación de pareja.

Igualmente se desea aclarar que la demanda de tratamiento por dependencia emocional suele provenir con más frecuencia de mujeres, lo cual como es lógico no significa que en los hombres no se den estas dificultades, y que cuando se refiere a “ella” se refiere a “la persona” con dependencia emocional. La palabra “necesidad”, es algo que “ata” al individuo a un determinado elemento. Algo que se necesita, se supone que es algo sin lo cual no se puede vivir, sea del tipo de necesidad que sea. De hecho, es tan importante y crucial este concepto que, para muchos autores, la dependencia emocional sería algo similar a una adicción, pero en vez de necesitar una sustancia, se necesitaría aprobación, afecto, entre otros, de determinadas personas, en este caso, de la pareja.

Cuando se es niño, se crea un vínculo afectivo de dependencia emocional con las personas más cercanas, generalmente los padres, o personas que vivan en la misma casa (ej. abuelos), en la adolescencia se crean esos vínculos con amigos y estos vínculos ayudan a aprender y a crecer personalmente, y en la edad adulta, además se crea un vínculo especial con la pareja. El problema aparece cuando este vínculo se convierte en dependencia e impide desarrollarse en la vida como seres independientes y libres; cuando esa dependencia lleva a quedarse en segundo plano en la propia vida, dando más importancia a las necesidades, derechos y comportamientos de otra persona, que a los propios.

Al hablar de “queremos en un 2º plano” muchos habrán pensado en el perfil tradicional de “madre-esposa” que renuncia a su vida profesional y a muchos deseos y objetivos personales para darle prioridad a los de su pareja e hijos. Siempre bajo un planteamiento de sacrificio, que con frecuencia conlleva una esperanza de que el cariño-apoyo-entrega, acaben revirtiendo en ella misma. Pero para encontrar ejemplos más actuales de esta tendencia dependiente de “quedarnos en un 2º plano” no es el buscar necesariamente al ama de casa, hay muchos ejemplos de personas que sacrifican ascensos, viajes, incluso trabajos porque a la pareja le han ofrecido “el sueño de su vida”, en otra ciudad, sacrificios, o inhibiciones de deseos, objetivos incluso criterios y opiniones propias, que quedan relegadas a un 2º plano con tal de obtener, o simplemente mantener el cariño, el amor, que la pareja siente por ella.

En realidad, lo que están haciendo es colocar su felicidad en manos de otros, están buscando la felicidad fuera de ellas mismos. Eso, sin saberlo, les lleva a la infelicidad automáticamente, ya que la única forma de ser felices es buscar esa felicidad en ellos mismos, y en las acciones que se eligen propiamente. Los únicos comportamientos en los cuales se puede influir de una manera clara son los propios, y esos son los únicos que pueden garantizar la propia felicidad.

2.2.1. Trastorno de personalidad por dependencia según el DSM IV-TR

A continuación se describirá las características del trastorno de personalidad por dependencia, y sus criterios.

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Características diagnósticas: La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás. *Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás (Criterio 1).*

Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida (Criterio 2). Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con

quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir. Esta necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, las personas mayores y los minusválidos). El trastorno de la personalidad por dependencia puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación (Criterio 3). Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y protección necesitan por temor a contrariarles. El comportamiento no se debe considerar indicador de trastorno de la personalidad por dependencia si las preocupaciones por las consecuencias de expresar el desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de venganza por parte de un cónyuge agresivo).

A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntarios para tareas desagradables si estos comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportarse unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales. (Debe tenerse en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador de trastorno de la personalidad por dependencia cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades.) Los sujetos con este trastorno se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6). Pueden ir «pegados» a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo.

Cuando termina una relación importante (p. ej., la ruptura con un amante o la muerte de alguien que se ocupaba de ellos), los individuos con trastorno de la personalidad por dependencia buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona. Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos (Criterio 8). Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temores deben de ser excesivos y no realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a casa de su hijo para que le cuide estaría presentando un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de esa persona.

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

[301.6]

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
- (2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
- (3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.

Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas

- (4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
- (5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
- (6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
- (7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
- (8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Fuente: Información obtenida del Manual DSM IV-TR

2.2.2. Diferencia entre codependencia y dependencia emocional

“El dependiente emocional puede realizar los mismos actos que el codependiente, pero con una diferencia notable de fondo: lo hará únicamente para asegurarse la preservación de la relación, y no por esa continua entrega y preocupación por el otro que caracteriza a los codependientes.

Se podría calificar a los codependientes como abnegados, siendo sus motivos altruistas aun con una desatención patológica hacia sus propias necesidades; estando el dependiente emocional en el caso opuesto, centrado únicamente en sus gigantescas demandas emocionales.

Cuidar y entregarse sería un fin para el codependiente, y sólo un medio para el dependiente emocional.”

“El dependiente emocional no necesariamente tiene que estar involucrado en una relación para serlo. Se puede clarificar esta matización manifestando que el dependiente emocional puede estar “asintomático” -entendiendo la adicción como el síntoma- pero por supuesto continuar siéndolo, y que sólo se convertirá en un adicto al amor cuando esté involucrado en una de sus numerosas relaciones destructivas.

2.2.2.1. ¿Quiénes desarrollan codependencia?

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existen otros desordenes de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en un ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa, o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión consciente.

2.2.2.2. ¿Cuáles son los síntomas de la codependencia?

La codependencia se caracteriza por una serie de síntomas tales como:

- 1.- Dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas sanas
- 2.- Congelamiento emocional
- 3.- Perfeccionismo
- 4.- Necesidad obsesiva de controlar la conducta de otros
- 5.- Conductas compulsivas
- 6.- Sentirse sobre responsables por las conductas de otros
- 7.- Profundos sentimientos de incapacidad
- 8.- Vergüenza tóxica
- 9.- Autoimagen negativa
- 10.- Dependencia de la aprobación externa
- 11.- Dolores de cabeza y espalda crónicos
- 12.. Gastritis y diarrea crónicas
- 13.- Depresión

Estos síntomas se presentan primero en la relación enferma que produce la tensión, pero luego se transfiere a las demás relaciones del codependiente.

2.2.2.3. ¿Cómo son las parejas que forman los dependientes emocionales?

Las parejas que forman suelen ser tan insatisfactorias como patológicas, porque no se produce intercambio recíproco de afecto, responsable del incremento de la autoestima y de la calidad de vida de sus componentes. No obstante, estas personas están tan poco acostumbradas a quererse y a ser queridas que no esperan cariño de su pareja, simplemente se enganchan obsesivamente a ella y persisten en la relación por muy frustrante que ésta sea. Como se describe más adelante, necesitan tremendamente de otra persona, pero en realidad no conocen lo que demandan porque nunca lo han disfrutado de manera adecuada: afecto.

2.2.2.4. ¿Por qué no se pueden desvincular de las familias de origen, los que no recibieron el afecto y el cuidado necesario?

Las primeras experiencias afectivas en los dependientes emocionales, podríamos etiquetarlas como frustrantes, insatisfactorias, frías, menospreciadoras, etc., y sólo se tendría una remota idea de lo que significa para estos sujetos no ser adecuadamente queridos y valorados por sus personas significativas, aunque lo anhelaran con todas sus fuerzas.

Estos sujetos no se quieren, además, porque durante su vida no han sido queridos ni valorados por sus personas significativas, sin dejar por este motivo de estar vinculados a ellas.

¿Por qué los dependientes emocionales no han conseguido desvincularse en mayor o menor medida?

En principio, parece que la gravedad de las carencias afectivas no ha sido tan pronunciada. Además, las familias de origen no están tan desestructuradas, prueba de ello es que no son comunes los abandonos graves, las negligencias, los abusos sexuales, físicos, etc. Por ello los dependientes emocionales han mantenido la vinculación, aun siendo insatisfactorios. (A veces

recibir un maltrato claro, brutal, facilita la ruptura o al menos, el deseo de ruptura con el maltratador, si el maltrato es más sutil, en forma de ausencia de afecto, indiferencia, entre otros, puede no ser tan fácil desvincularse).

Al margen de no haber sufrido unas experiencias tan terribles, como las personas antisociales, un segundo factor que juega en contra de la desvinculación es la baja autoestima. Para desvincularse es imprescindible poseer una autoestima con un mínimo de consistencia, hecho que no sucede en los dependientes emocionales.

Así, que las experiencias afectivas tempranas de los dependientes emocionales no son lo suficientemente negativas como para provocar una desvinculación severa, ni lo suficientemente positivas, como para posibilitar una autoestima mínimamente consistente. Desde siempre, mantienen sus vínculos hacia personas insatisfactorias emocionalmente.

2.3. Emociones en las mujeres

Siempre se ha hablado de la diferencia de género, en cuanto a que el género femenino es más emocional que el masculino, a continuación se describe el manejo de las emociones en las mujeres.

2.3.1. Psicología femenina

La psicología de la mujer es diferente de la del hombre, se dirige al desarrollo de la identidad femenina. Actualmente no existe, un concepto claro y bien definido de lo que es la identidad femenina más allá de la maternidad o de la lozanía, la belleza y el atractivo sexual. La psicología de la mujer requiere especialmente comprender su mundo emocional, y los profundos condicionamientos sociales de los que la mujer ha sido víctima durante generaciones, la mujer es la madre y la maestra del mundo, su condición natural es la de pilar fundamental de

las culturas, las sociedades y los hombres, aunque existen barreras que impiden a las mujeres el desarrollarse en su propia identidad femenina.

La identidad femenina y su desarrollo, se puede comprender como el proceso de transformación de una mujer. Se ha borrado el valor claro y concreto de la mujer acerca de su identidad psicológica, su fuerza femenina, y sus roles culturales más allá de los convencionales como el ser madres, nodrizas, objeto erótico o figura delicada y hermosa a la que hay que proteger.

2.3.1.1. El cerebro en el corazón

Se dice que, psicológicamente la mujer es belleza, cuerpo y emoción. Así como el hombre se centra excesivamente en lo intelectual, el centro psíquico de la mujer es el mundo emocional. El desarrollo de lo femenino está íntimamente relacionado con la comprensión y el manejo correcto de las propias emociones.

2.3.1.2. Cuestión hormonal

Se puede decir que la femineidad depende de los niveles y el equilibrio de hormonas sexuales en la mujer, es decir, que es una cuestión bioquímica íntimamente relacionada con los hábitos de vida y el tipo de ejercicio realizado.

➤ Menarquía

Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarquía está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico. El promedio de edad de la menarquía ha bajado en el último siglo, y su magnitud y los factores responsables siguen en discusión. Menarquía y menopausia pueden estar directamente relacionadas, ya que si una mujer tiene una menarquía temprana puede que también tenga una menopausia temprana; esto es debido principalmente a que el periodo reproductivo de la mujer se encuentra determinado, además de por otros factores, por el número de óvulos que madurarán durante su periodo reproductivo. Para mantener el periodo regular menstrual, el contenido de lípidos (grasas) del cuerpo femenino debe ser de 22% o mayor.

➤ Menopausia

La menopausia supone un cambio biológico en la mujer, y suele llevar asociados una serie de efectos psicológicos no siempre comprendidos por la sociedad en general ni, en muchos casos, por las propias mujeres. Podemos considerar dos tipos de efectos psicológicos de la menopausia: aquellos que tienen una causa biológica, y que son provocados por el propio proceso de cambio; y aquellos en los que intervienen factores sociológicos y se refieren al cambio en la percepción de la relación de la mujer con su entorno social como consecuencia de su cambio biológico.

Entre los primeros pueden considerarse la tristeza, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, o la agresividad, entre otros. La forma en que estos trastornos afectan en la menopausia varía sensiblemente de unas mujeres a otras, dependiendo de múltiples factores aun insuficientemente

investigados. Sin embargo, es frecuente que cualquiera de estos trastornos aparezca acentuado en aquellas mujeres que anteriormente ya tenían una historia de algún modo afectada por el mismo. Normalmente no son continuos, sino que experimentan altibajos, fases más acusadas, y fases asintomáticas, y la duración de dichas fases también es variable, pero es frecuente su coincidencia con ciclos regulares similares al ciclo menstrual.

También es variable la intensidad y la persistencia en el tiempo de tales efectos. En algunas mujeres son leves y en otras son bastante acusados.

2.3.1.3. Integración hemisférica

El sistema nervioso es un sistema energético que puede ser manejado en una amplia escala de frecuencias. Una de estas frecuencias son las ondas alfa, estado de atención interna en el que nuestro cerebro tiene la capacidad de generar energía a voluntad. No existe una identidad femenina fuerte sin un nivel alto de energía.

2.3.2. ¿Cómo se cultivan las emociones que le hacen bien, y desaprende lo que le hace daño?

Toda emoción tiene un componente innato y otro componente adquirido. Es decir, toda emoción tiene su aspecto común a todas las personas (por ejemplo, los circuitos cerebrales propios del miedo), y también tiene su aspecto flexible a la trayectoria de vida de cada uno. Es decir, se tiene la capacidad de reconectar las neuronas para aprender a sentir emociones en determinadas circunstancias. Esto se llama condicionamiento.

En esencia, los condicionamientos son útiles porque permite al ser humano desde bebé adaptarse a lo que se espera en la sociedad desde que se nace. Pero, a veces, desafortunadamente, se queda condicionado de manera no oportuna. En esta sociedad contemporánea es normal que se aprenda a ser fácilmente irascibles (propenso a irritarse o enfadarse), por ejemplo. Entonces se ve algo 'aceptable' que todos se anden peleando en la calle contra todos, y se viva a la defensiva. ¡La buena noticia es que se puede re-aprender!.

La plasticidad del cerebro hace posible que se pueda superar experiencias emocionales que no son beneficiosas, como las fobias; y hay prácticas terapéuticas que los psicólogos han desarrollado para enfrentarlas.

La evolución no sólo hizo al hombre la especie más racional, sino que también, la especie más emocional de todas. Y en este sentido, la complejidad de las emociones es tan exquisita y tan refinada que se puede poner otros recursos a disposición de ellas. Los recursos mentales de atención y voluntad son extraordinariamente útiles a la hora de sacar del automático las respuestas emocionales más primitivas, y poder manejarlo mejor consigo mismo y llevarse mejor con los demás.

2.3.2.1. Inteligencia emocional

Poseer inteligencia emocional es tener capacidad para reconocer los sentimientos propios y ajenos, afrontar las circunstancias que la vida presenta, controlar los impulsos propios, regular el humor, y experimentar empatía, entre otras características que influyen de manera significativa en el bienestar de las personas.

2.3.2.1.1. ¿Tienen las mujeres más inteligencia emocional que los hombres?

Daniel Goleman describe en su libro “inteligencia emocional” que en cuanto a la expresión y comunicación de sus sentimientos». Los hombres, se especializan en «minimizar emociones relacionadas con la vulnerabilidad, la culpa, el miedo y el dolor», una conclusión corroborada por abundante documentación científica.

Por ejemplo, existen cientos de estudios que han puesto de manifiesto que las mujeres suelen ser más empáticas que los hombres, al menos en lo que se refiere a su capacidad para captar los sentimientos que se reflejan en el rostro, el tono de voz y otro tipo de mensajes no verbales. De modo parecido, también resulta bastante más fácil descifrar los sentimientos en el rostro de una mujer que en el de un hombre. Aunque, en realidad, no existe, de entrada, ninguna diferencia manifiesta en la expresividad.

En los hombres, una relativa falta de capacidad para descifrar el contenido emocional de las expresiones faciales, y las mujeres suelen ser mucho más sensibles que los hombres para captar un gesto de tristeza. Es por esto por lo que las mujeres suelen verse obligadas a aparentar una desolación absoluta para que un hombre pueda llegar a darse cuenta de cuáles son sus verdaderos sentimientos y darle luego también el tiempo suficiente para que se plantee cuál puede ser la causa de su malestar.

Ahora las implicaciones de esta brecha emocional entre géneros, es el modo en que los miembros de una pareja abordan las exigencias y discrepancias que inevitablemente comporta toda relación íntima. De hecho, las cuestiones puntuales como la frecuencia de las relaciones sexuales, la educación de los hijos, el ahorro y las deudas que el matrimonio puede afrontar, no suelen ser el motivo principal de cohesión o de separación de la pareja.

El factor determinante, por el contrario, suele centrarse en el modo en que la pareja aborda las cuestiones más o menos candentes. Y, por así decirlo, llegar a un acuerdo sobre como estar en desacuerdo suele ser la clave para la supervivencia del matrimonio. Para sortear los escollos de las emociones tortuosas, las mujeres y los hombres deben tratar de ir más allá de las diferencias genéricas innatas porque, en caso de no lograrlo, la relación se verá abocada al naufragio. El riesgo de zozobrar ante estos escollos aumenta considerablemente en el caso de que uno o ambos cónyuges presenten carencias manifiestas en el desarrollo de la inteligencia emocional.

En 1983 la bióloga *Christine de Lacoste-Utamsing*, de la Universidad de Columbia, demostró que los haces de fibras nerviosas del cuerpo calloso, que une a los dos hemisferios cerebrales, son más voluminosos en las mujeres que en los hombres. Esto determinaría un intercambio de información más intenso entre ambos lados del cerebro y, por lo tanto, una capacidad mayor de integración a la hora de resolver los problemas que se presentan en la vida cotidiana.

Con posterioridad, muchos neurofisiólogos han confirmado la existencia de variaciones al comparar los cerebros masculino y femenino. El cerebro femenino posee una pequeña asimetría que indica un volumen mayor del hemisferio derecho con relación al izquierdo, y que esta podría ser la causa de que las mujeres tengan una menor capacidad para disociar el comportamiento emocional del racional.

Algunas ventajas del cerebro femenino radicarían en que posee más elevadas: la flexibilidad para adaptarse a situaciones nuevas, la sensibilidad e intuición, y una mayor visión integral del mundo.

Louann Brizendine, neuropsiquiatra estadounidense, resaltó la diferencia de la realidad hormonal de hombres y mujeres, y expresó la importancia de las hormonas como estimuladoras, en mayor o menor medida, de ciertas áreas del cerebro, determinando intereses e inclinaciones,

y también el hecho de que las mujeres tengan circuitos cerebrales distintos que los de los hombres para resolver los mismos problemas, procesar el lenguaje, experimentar y almacenar la misma emoción.

Las distintas sensibilidades se basarían en diferencias estructurales y hormonales que dotan a la mujer de talentos, habilidades, aspectos, maneras de ser y de accionar muy específicas.

Por otra parte, demostró que la química cerebral de la mujer es más cambiante que la masculina y sólo permanece igual a la de los hombres durante las primeras ocho semanas de la concepción.

En palabras de Louanne Brizendine: "Las mujeres tienen mejor inteligencia emocional que los hombres: ya que el hipocampo es ligeramente más grande y es el que registra los datos emocionales. Una segunda diferencia es en el número de neuronas espejo para la empatía: las mujeres tienen más y son más activas, de manera que esto permite poner en la piel de la persona con la que se está comunicando mejor que los hombres. Los psicólogos evolucionistas creen que esto se deriva de que, a lo largo de millones de años, las mujeres han aprendido a interpretar las emociones del bebé que no habla: esto obliga a leer los matices emocionales en la expresión no verbal del recién nacido, porque es un factor esencial para su supervivencia."

Por las sustanciales diferencias en la biología de hombres y mujeres, no es adecuado plantear analogías entre ambos sexos ni supuestas igualdades. Las mujeres, por su constitución, no pueden responder a las expectativas generadas en un mundo organizado desde una visión masculina.

2.3.3. ¿Qué es desarrollo integral en la mujer?

El concepto de desarrollo integral, es tomar igual importancia a las diferentes áreas que conforman la vida de un ser humano. Estas son: Salud Física, Profesión-Intelecto, Bienes Materiales, Relaciones Interpersonales (Amigos-Familia), Espiritualidad y Responsabilidad Social.

Casi toda persona tiene la tendencia a enfocarse a dos o tres áreas de las que se han mencionado, dejando a un lado las demás como si no tuvieran importancia.

Un ejemplo que puede demostrar lo anterior, “alguien que tenga un negocio propio, y trabaje diez horas o más diariamente, generando muchas ganancias monetarias.

Sin embargo, es muy probable, que esa misma persona desatienda su espiritualidad, su intelecto mediante la lectura, educación en escuelas, cultura, etc. Y, por qué no decirlo, descuide también a su familia, por querer atender el negocio.

La razón es que cada persona tiene diferentes jerarquías de importancia a cada área de su vida. Unos por ejemplo, le dedican más tiempo al estudio, otros a la pareja, otros a la espiritualidad, etc. Cada quien tiene sus razones, sin embargo, toda persona tiene la capacidad para: lo intelecto, físico, relaciones interpersonales, sentimientos y por lo tanto, se debe encontrar un equilibrio en todas esas áreas, antes de caer en un problema, que puede ir, desde una pérdida emocional hasta una enfermedad grave.

2.3.3.1. Desarrollo físico

Desde el punto de vista del proceso de maduración, se observan dos grandes cambios:

2.3.3.1.1. Crecimiento físico

En un principio es disarmónico, hasta que logra el desarrollo completo, llegando a tener un cuerpo adulto. El peso y la altura se incrementan y los músculos se desarrollan. Los principales órganos doblan el tamaño y la voz se modifica.

2.3.3.1.2. Desarrollo sexual

La secreción de hormonas (Gonadotropinas) inicia el proceso de la pubertad.

En las personas sanas, sus habilidades verbales y razonamiento tienden a ser mejores, así como la habilidad para organizar y procesar información visual. Existe un aumento de las destrezas del pensamiento, comprensión e información, mientras sus habilidades motoras disminuyen (lentitud de respuesta).

El grado de motivación para aprender o recordar, el interés o significatividad de la información, el tiempo de la experiencia educacional que se ha tenido, tienden a ser más importantes en esta edad que la modificación de las habilidades de aprendizaje y memoria. Son igualmente creativos que los adultos jóvenes.

2.3.3.2. Desarrollo psicosocial

Según Erickson en la adultez media se presenta la generatividad v/s el estancamiento. La generatividad es posible cuando la persona logra darle un espacio a la generación que sigue, transformándose en un adulto medio que es capaz y sabe guiar al adolescente y adulto joven, así gana en virtud al preocuparse por otros y sentirse feliz por ello, si esto no ocurriese se produce

el estancamiento y se da paso a la segunda adolescencia en donde se vuelve al egocentrismo y hedonismo e intenta vivir así todos los momentos que no realizó durante su adolescencia.

2.3.3.3. Desarrollo espiritual

No hay que confundir la religiosidad con la espiritualidad. Independientemente de las creencias religiosas personales, la espiritualidad permite conectarse a la persona consigo misma; y con el balance de la naturaleza para que halle un punto medio placentero que le permita alcanzar las metas que se propone y así vivir en armonía. La espiritualidad implica aceptar y adaptarse a lo que se es, desde el punto de vista de las creencias, conceptos, ideas, ritos y actitudes. El correcto desarrollo de este campo permitirá a la mujer poder ser más disciplinada, consciente y con una mejor autoestima.

La espiritualidad vive en el interior de cada una de las mujeres, y el verdadero propósito es hacer más efectivas, en todas las áreas de la vida.

2.4. Causas de la codependencia en la mujer

A menudo las personas codependientes han sido objeto de algún tipo de abuso físico o verbal, o sufrieron el abandono de uno de sus padres o de ambos, ya sea físico o emocional. El codependiente busca alivio en alguna adicción para "anestesiarse" ante su dolor. A veces lo hace a través de relaciones personales disfuncionales y muchas veces dañinas; o mediante adicciones al dinero, el sexo, la ira, las drogas, la bebida, etc. El codependiente está atado a lo que le sucedió en su familia de origen y se siente internamente torturado por ello, aunque la mayoría de las veces no se da cuenta de lo que le está sucediendo.

Es innegable que la codependencia tiene más que ver con una obsesión que con el amor incondicional. De hecho, la palabra incondicional ya denota en sí misma una tendencia a ser dependiente. Prescindir de los límites en cualquier ámbito de la conducta es tanto como dejar abiertas las puertas a toda una serie de problemas que más pronto o más tarde acaban quedando fuera de control.

La familia disfuncional, caracterizada por problemas de alcoholismo, abusos sexuales, malos tratos o violencia de género, entre otros, es el caldo de cultivo para muchos de los problemas que se manifestarán a lo largo de la vida. En este entorno se transfieren los conflictos familiares no reconocidos ni enfrentados y, por tanto, no resueltos, que una vez en la etapa adulta quedarán interiorizados, degenerando en comportamientos que pretenden infructuosamente dar una respuesta adecuada a una situación actual. Dicho en un lenguaje más coloquial; se pretende dar solución a lo que no se pudo resolver en el pasado. Para ello, el codependiente escoge personas problemáticas con el objeto de “arreglarles” la vida. En este punto surgen dos situaciones altamente nocivas; la primera es que la persona en cuestión no tenga el menor interés en ser “arreglada”, y en segundo lugar, y no por obvio menos importante, quien debe empezar por solucionar sus problemas es el propio codependiente.

Uno de los síntomas más característicos de la codependencia es el compromiso más allá de lo razonable, y siempre con la particularidad de no ser correspondido. La propia autoexigencia imposibilita la reciprocidad que sería de esperar en cualquier relación sana. No sólo se manifiesta en las relaciones de pareja; en general existe una evidente predisposición a solucionar los problemas de *todo el mundo*, exceptuando de los propios, que se eluden sistemáticamente. El peso de la responsabilidad sobre los actos que pertenecen a otros se asume como propio. La persona codependiente suele estar obsesionada por complacer a cualquier precio. Sus sentimientos verdaderos apenas existen, sus proyectos personales se supeditan a las necesidades de otros y se culpabiliza de todo aquello que sale mal.

2.4.1. Familia disfuncional

Todo ser humano llega al mundo con la necesidad inherente de recibir amor; una tarea que se debería llevar a cabo de forma natural desde el entorno familiar. Pero no siempre este metafórico recipiente es llenado con el amor necesario. Las disfunciones propias de cada familia impiden que esta cuestión tan determinante para el futuro del individuo se desarrolle del modo adecuado.

Difícilmente puede alguien dar lo que no ha recibido, así pues, cuando los progenitores carecieron de este recipiente lleno de amor, es fácil entender que no pudieron transmitírselo a su descendencia. Esta situación desemboca en un ciclo generacional que sin el reconocimiento del problema y sin ayuda externa, cuenta con pocas posibilidades de encontrar una salida satisfactoria.

2.5. Efectos de la codependencia en la mujer

En el fondo de este comportamiento subyace el miedo a no sentirse aceptado; el pánico al rechazo y al abandono. A ello se une la idealización de la pareja lejos de toda visión objetiva de la realidad. La obsesión se confunde con el amor.

2.5.1. Baja autoestima

Echarle la culpa a los demás, la negación, no poder expresar lo que sentimos, depender de los demás para aceptarse, no poner límites, son características de una baja autoestima.

"El codependiente tiene su propio estilo de vida y su modo de relacionarse con los demás debido a su baja autoestima. Se enfoca siempre en los demás y no en sí mismo. La persona codependiente no sabe divertirse porque toma la vida demasiado en serio. Se le dificulta llegar a tener intimidad con otras personas porque teme ser herida por ellas. Necesita desesperadamente la aprobación de los demás y por ello busca complacer a todo el mundo. Siente ansiedad cuando tiene que tomar decisiones porque teme equivocarse. Niega sus propios sentimientos."

Los codependientes tienden a:

- Provenir de familias atribuladas, represoras o disfuncionales.
- Negar que su familia haya sido atribulada, represora o disfuncional.
- Culparse a sí mismos por todo.
- Criticarse a sí mismos por todo, aun por su manera de pensar, de sentir, de verse, de actuar y de comportarse.
- Indignarse y ponerse a la defensiva cuando otros culpan y critican a los codependientes, algo que ellos hacen siempre.
- Rechazar cumplidos o halagos.
- Deprimirse por falta de cumplidos y de halagos (privación de caricias).
- Sentirse diferentes que el resto del mundo.
- Sentir que no son lo suficientemente buenos.
- Sentirse culpables por gastar dinero en sí mismos o por hacer cosas innecesarias o divertidas para sí mismos.

2.5.2. Represión

Muchos codependientes:

- Empujan sus pensamientos y sentimientos fuera de su conciencia a causa del miedo y la culpa.

- Se atemorizan de permitirse ser como son.
- Parecen rígidos y controlados.

2.5.3. Obsesión

Los codependientes tienden a:

- Sentirse terriblemente ansiosos por los problemas y por la gente.
- Preocuparse por las cosas más absurdas.
- Pensar y hablar mucho acerca de otras personas.
- Perder el sueño por los problemas o la conducta de otros.

2.5.4. Negación

Los codependientes tienden a:

- Ignorar los problemas o pretender que no los tienen.
- Pretender que las circunstancias no son tan malas como son en realidad.
- Decirse a sí mismos que las cosas mejorarán mañana.
- Mantenerse ocupados para no tener que pensar en sus cosas.
- Confundirse.
- Deprimirse o enfermarse.

2.5.5. Falta de confianza

Los codependientes:

- No tienen confianza en sí mismos.
- No confían en sus sentimientos.
- No confían en sus decisiones.

2.5.6. Comunicación débil

Los codependientes a menudo:

- Culpan.
- Amenazan.
- Ejercen coerción.
- Suplican.
- Sobornan.
- Aconsejan.
- No dicen lo que sienten.
- No sienten lo que dicen.
- No saben lo que sienten.
- No se toman en serio a sí mismos.

2.6. Procesos terapéuticos de apoyo a mujeres con codependencia

A continuación se describen técnicas, que ayudan la superación de la codependencia y dependencia emocional.

2.6.1. Tratamiento de la codependencia

El reconocimiento y el análisis del problema conforman el binomio idóneo para retomar con garantías de éxito el camino que, en la infancia, quedara cortocircuitado a expensas de las necesidades perniciosas del ente familiar.

Autoconfianza, optimismo, perseverancia, introspección para reconocerse sin temor y objetividad para reconocer a los demás, son algunas de las claves para una vida alejada de la codependencia.

Procesos psicoterapéuticos para mujeres con codependencia

Nivel individual	Nivel Grupal
<p>Inoculación del estrés: enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda, y la relajación progresiva. De modo que cada vez que se experimenta estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión.</p> <p>El primer paso es elaborar una lista personal, de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente, desde los menos estresores hasta los más estresantes; luego se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y como relajar la tensión mientras visualiza claramente la situación estresora.</p> <p>Segundo paso: es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.</p> <p>Tercer paso: se utiliza las habilidades de relajación y afrontamiento "invivo" para</p>	<p>La construcción de "roles": es fundamental en la dinámica grupal, son estructuras dinámicas que incluyen valores, conocimientos y necesidades y cobran vida en el grupo por la relación entre miembros y situaciones concretas que originan posiciones bien definidas. Los roles van acomodándose a la situación grupal y cambian a lo largo de la vida del grupo. El grupo va consolidando los roles y creando una cultura común, y aunque los miembros del grupo tengan diferentes opiniones acerca de quién es más acorde en cada rol, esta propia cultura grupal lleva implícito un acuerdo sobre el valor de cada rol y su propia naturaleza. Escribió Leon Grinberg: "en terapia grupal los roles que son asumidos por uno o varios miembros a menudo proceden de las motivaciones inconscientes de otros miembros, como reacción a las fantasías inconscientes proyectadas por unos miembros sobre otros". Un miembro del grupo se adapta al rol asignado inconscientemente cuando dicho rol corresponde a su propia fantasía. Todos los miembros proyectan aquellos aspectos propios</p>

ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

Técnica de Extinción: consiste en suprimir el reforzador de una conducta previamente reforzada. Aplicación:

-es un procedimiento de reducción gradual que depende del programa de reforzamiento de la conducta desadaptada, el nivel de privación de la persona, de los esfuerzos que eran contingentes y a la conducta indeseable y la intensidad de estos, el esfuerzo necesario para emitir la respuesta (cuanto más esfuerzo requiera, más fácil de extinguir), y el uso combinado de procedimientos de refuerzos de conductas alternativas (que harán que la reducción sea mucho más rápida).

-utilizar necesariamente junto a la extinción de la conducta inadecuada el reforzamiento de alguna conducta o conductas alternativas, si es posible incompatibles, con la que se pretenda eliminar. La extinción debe ser constante, pues si se usa de forma intermitente, se pueden producir los efectos contrarios, establecer de forma más firme la respuesta, pues equivale a reforzarla en forma

que rechazan, sea cual sea la razón.

Detención y cambio del pensamiento: Esta Técnica puede utilizarse también antes, durante o después de la situación que causa conflicto a nivel interno de la persona. Es importante que el paciente conozca la influencia que tiene el contenido de los pensamientos y su efecto en las conductas, pues "como pienso, siento y actúo". Esta estrategia se centra en el control del pensamiento, se resume en lo siguiente: Cuando el paciente experimente síntomas de ansiedad, o alteración de ira, tristeza o frustración, deberá identificar la situación (estímulo), la(s) emoción(es) que experimentó así mismo tomará nota del pensamiento presente en ese momento. Este proceso de identificación, y escritura que realizará la persona es un ejercicio de introspección que permitirá que la persona desarrolle su habilidad de autoconocimiento. Luego de la identificación prosigue la interacción del dialogo interno de la persona mencionando la palabra basta! Con el objetivo de extinguir esos pensamientos desadaptativo. Este proceso de modificación de conductas inicia con el cambio de pensamiento, por ello esta técnica concluye con ello.

<p>intermitente.</p> <p>Me hago responsable: el juego de la responsabilidad propia. Es un juego de opuestos; culpa-responsabilidad. Se trata que la persona asuma que es la única responsable de las consecuencias de lo que le ocurre, es un acto desculpabilizador.</p> <p>Ej. "me doy cuenta de..... y me responsabilizo de ello". De esta manera la persona se concientiza de sus acciones pero también de sus deseos y percepciones. La persona asume sus propias necesidades para poder satisfacerlas, y si esto no es así, debe asumir la responsabilidad que corresponde.</p>	<p>Autocontrol de Emociones: Existen diversas técnicas de autocontrol las cuales constituyen un apartado de tratamientos dentro de la modificación de conducta. Entre las más importantes se encuentran el control de estímulos, la Auto-observación, el autorrefuerzo, el autocastigo y el entrenamiento en respuestas alternativas. Es de importancia brindar técnicas al paciente de autocontrol de emociones con el fin de modular sus respuestas desproporcionadas, explosivas o respuestas instintivas negativas. Para ello la persona deberá aprender a conocer las emociones que existen, y luego a identificarlas, el objetivo es que la persona al aplicar esta técnica en su vida diaria se haga más consciente de sus emociones y sentimientos y llegue al autoconocimiento. Esta técnica es útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a situaciones emocionalmente intensas y se orienta a que la persona se relaje por medio de la respiración profunda.</p>
--	---

Fuente: Información Obtenida de Técnicas Cognitivo-Conductual.

Procesos psicoterapéuticos para mujeres con codependencia

Nivel de pareja	Nivel familiar
<p>La psicoterapia</p> <p>Puede ayudarlos a desarrollar la capacidad de enfrentar, negociar y solucionar las dificultades de manera adecuada. Se promueve la comunicación asertiva, la estabilidad y el crecimiento conjunto. El objetivo se logra cuando los dos cambian el modo de manejar sus diferencias, por métodos más efectivos.</p> <p>A veces sucede que uno de los dos se niega a recibir apoyo terapéutico, no obstante la terapia de pareja también se puede llevar a cabo exitosamente con la presencia de uno solo de los miembros.</p> <p>Procedimiento seguido por Beck (1988):</p> <p>1ª Fase: Evaluación de los problemas y conceptualización de los mismos. Se recogen las siguientes áreas: problemas generales, expectativas terapéuticas, estilo comunicativo, estilo de expresión de afecto, medios de resolución de problemas, experiencias personales y</p>	<p>Técnicas conductuales:</p> <p>1) Entrenamiento en habilidades sociales y afectividad: Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.</p> <p>2) Uso de la exposición con o sin relajación: Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.</p> <p>3) Uso de tareas de dominio y agrado: El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la "Programación de actividades" y la "Asignación gradual de tareas" que cumplen fines similares.</p> <p>4) Trabajo con la familia: En determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados <i>supuestos disfuncionales</i>. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica (pie Huber y Baruth, 1991)</p> <p>Hay que destacar que los terapeutas cognitivos</p>

<p>perspectivas personales.</p> <p>2ª Fase: Si solo colabora un cónyuge en la terapia: Cambio de perspectiva personal: intervención preferentemente cognitiva; modificación de pensamientos automáticos y significados disfuncionales.</p> <p>2º Cambio de conductas personales: estilo de comunicación, expresión de afecto y resolución de problemas; técnicas conductuales.</p> <p>Si colabora la pareja (si ambos se presentan en las sesiones, aunque alguno sea reticente a la terapia) Afrontar las resistencias al cambio detectadas: Es frecuente que uno o ambos miembros mantengan creencias rígidas de cómo debe efectuarse el cambio, o expectativas negativas sobre el mismo (expectativas derrotistas, "auto-justificación": el comportamiento de uno es normal para la situación, argumentos de reciprocidad rígidos: "No haré nada a menos que comience mi cónyuge" y culpar al otro: "A mí no me pasa nada, el otro es el problema"). El terapeuta utiliza dos técnicas cognitivas generales para afrontar estos problemas: (1) El terapeuta da información de las posibles ganancias de modificar esas actitudes y (2) Puede realizar un "balance" de las ventajas</p>	<p>prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y como los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica (pic Sufran y Segal, 1994). Este último aspecto supone una reconceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis.</p> <p>Juego de proyecciones: se busca lograr en la comunicación familiar el, re-apropiarse de las proyecciones, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> -toma de consciencia; que cada miembro de la familia empatice, y respetuosamente se comunique tomando conciencia de lo que va decir y de lo que quiere comunicar. -asimilar; la familia debe de entender y ser consciente de sus conductas y cogniciones desadaptadas para corregirlas a la hora de actuar y comunicar. -eliminar; perseverar voluntariamente en el cambio de las conductas desadaptadas, continuamente para lograr su eliminación. <p>El trabajo grupal o familiar es un marco idóneo para elaborar trabajos relacionados con la</p>
---	---

(pocas) frente a las desventajas (muchas) de mantener esas actitudes. Pide feedback a la pareja sobre ello. Trabajar los niveles de hostilidad elevados si aparecen: Durante las sesiones o fuera de ellas la pareja puede mantener un intercambio extremadamente aversivo (voces, interrupciones continuas, insultos, entre otros.). Antes de abordar otros problemas, es necesario disminuir o eliminar esta hostilidad, pues con ella se hace improductivo otros focos terapéuticos (Ellis, 1987, defiende el mismo argumento al centrarse primero en la "perturbación" si aparece). El terapeuta puede realizar sesiones por separado si la hostilidad es muy alta, también muestra a cada cónyuge la relación cognición-afecto-conducta en la ira, y el manejo de la ira personal (cambio de pensamientos automáticos, balance de ventajas/ desventajas y alternativas asertivas a la petición de deseos) y la del cónyuge (énfoque asertivo, cortar y sugerir otras oportunidades más tranquilas para exponer diferencias, etc.). Igualmente se pueden trabajar "sesiones de desahogo" con ambos cónyuges. Estas últimas consisten en seleccionar un lugar y horario para exponer diferencias, normas para no cortar al otro, y como cortar si sube "el tono".

proyección; el trabajo terapéutico es hacer a la persona que represente las actitudes que rechaza del otro para que después ver qué hay de suyo, en esas características.

Contratos conductuales: es un documento escrito que explicita las acciones que el cliente está de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo.

En este sentido, en un contrato conductual debe especificarse:

-la conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas.

-las consecuencias que obtendrán en casos de realizar esas conductas.

-las consecuencias que obtendrán en casos de no realizar esas conductas.

Esto servirá para ayudar a las personas implicadas a iniciar determinadas conductas específicas señalando cuales deben llevar a cabo y cuáles no.

3° Fase: Manejo de problemas generales y áreas afectadas: Se suele comenzar por un seguimiento conjunto de conductas positivas percibidas en el otro cónyuge, de modo que aumente los puntos positivos de la relación (no se minimicen frente a la maximización de las dificultades).

Dependiendo de las áreas afectadas:

a) Comunicación: Se modelan modos de escuchar a la pareja de modo empático, como expresar desacuerdos y negociar soluciones.

Se programan tareas al respecto con la pareja y (a veces) también individualmente.

b) Expresión afectiva: A cada miembro se le pide que recoja (auto-registro) aspectos percibidos que le han sido gratificantes por parte de su cónyuge. El terapeuta con esta información, puede modelar alternativas de cómo expresar esas satisfacciones, y sugiere tareas para casa al respecto.

c) Otros problemas generales: Se establecen sesiones de conciliación (similares a la resolución de problemas) se ensayan y se practican como tareas para casa.

4° Fase: Modificación de perspectivas personales. El terapeuta muestra la relación pensamiento-afecto-conducta y como registrar estos eventos.

Fuente: Elaboración propia.

2.6.1. Pasos para la recuperación de la dependencia afectiva

A continuación se proporcionan paso a paso el proceso a seguir para poder superar la dependencia afectiva.

➤ Primer paso: Busca ayuda

El primer paso en la búsqueda de ayuda puede implicar desde la consulta de un libro pertinente hasta tomar la decisión de buscar un terapeuta. Puede significar una llamada anónima a algún lugar de ayuda. Básicamente, buscar ayuda significa hacer algo. Buscar ayuda. NO quiere decir que debes estar dispuesto(a) a poner fin a tu relación con tu pareja. Tampoco es necesario que lo hagas en ningún punto del proceso de recuperación de nuestra dependencia afectiva.

➤ Segundo Paso: Haz que tu recuperación de nuestra dependencia afectiva sea lo más importante

Este paso significa que lo más importante para ti deberá ser decidir que, no importa lo que se requiera, estarás dispuesta a seguir estos pasos para salir adelante. Esto requiere un Compromiso total contigo mismo. Quizá sea la primera vez en tu vida que te ves cómo alguien *realmente* importante, realmente digno(a) de tu propia atención y de tu propio cuidado. Tal vez te resulte muy difícil hacerlo, pero si cumples con los procedimientos de asistir a las consultas, participar en un grupo de apoyo, etc., eso te ayudará a aprender a valorar y promover tu propio bienestar. Pronto te sentirás tan mejorado(a), que desearás continuar! Implica que tus citas con tu psicoterapeuta o tu junta con tu grupo están en primer lugar. Son más importantes que: Una invitación a comer o cenar con el hombre o la mujer de tu vida, Encontrarte con tu pareja ó amigos(as) para hablar de la situación, Evitar sus criticas o su ira, Hacerlo (a él o ella o a cualquier otro) feliz; obtener su aprobación. Hacer un viaje para huir de todo por un tiempo (para poder volver y seguir soportando lo mismo).

➤ Tercer paso: Busca un grupo de apoyo integrado por pares que te entiendan

Encontrar un grupo de apoyo integrado por hombres y mujeres que alguna vez —ó quizá muchas— hayan sufrido cuando han amado puede ser muy difícil. Si este es el tipo de grupo que necesitas, entonces búscalo o fórmalo. Recuerda: Un grupo de pares NO es una reunión no estructurada de personas que hablan de todas las cosas horribles que les han hecho cada una de sus parejas en la vida. Un grupo es un lugar donde puedes trabajar en tu propia recuperación de nuestra dependencia afectiva. Es importante hablar de traumas pasados, pero si descubres que tú o las otras personas relatan largas historias con muchos “él dijo... y entonces yo le dije...”, es probable que estés en el grupo equivocado... Un buen grupo de apoyo se dedica a contener a sus integrantes, pero ojo, no es terapia a menos que sea dirigido por un profesional en salud mental y emocional.

➤ Cuarto paso: Desarrolla o fortalece tu espiritualidad

Esto significa distintas cosas para distintas personas. Para algunos de nosotros, la idea quizá resulte desagradable... y quizá hasta estés pensando saltarte este paso, mientras que otros tal vez estén rezando decididamente a un Poder Superior que no parece escucharlos hace tiempo. Probablemente estés pensando en qué hiciste para merecerte este castigo.

➤ Quinto paso: Deja de manejar y controlar

Esto significa no ayudarlo ni aconsejarlo. Supongamos que él o ella tienen tanta capacidad como tú para encontrar empleo, un departamento, un psicólogo, un grupo de AA o cualquier otra cosa que él necesite. Quizá no tenga tanta motivación o no esté dispuesto a pagar el precio como tú para encontrar esas cosas o para solucionar sus problemas.

➤ Sexto paso: Aprende a no regresar la pelota (no te enganches)

Y ¿qué significa eso? Que aun cuando te sientas provocada por la persona que amas, no respondas a su agresión. ¡No reacciones! Él o ella sabe que le seguirás el juego en cuanto te golpee. Reacciona en una forma que no respondas a la agresión. Rompe el círculo. Al principio te será un poco difícil no caer en la trampa, pero con la práctica llegarás a dominarte... es parte del paso anterior, dejar de controlar.

➤ Séptimo paso: Enfrenta con coraje tus propios problemas, aprende a pagar precios

¿Qué significa esto? Esto quiere decir, ¡deja de resolverles la vida a otros y dedícate a resolver la tuya propia! Necesitas mirarte sinceramente. Examina tus recuerdos... los buenos y los dolorosos. Rememora las veces que te sentiste lastimada de niño o niña.

➤ Octavo paso: Identifica y paga el precio por los cambios que necesitas en tu vida

¿Qué significa esto? Esto significa “no esperes que la persona que amas cambie antes de seguir con tu vida “. También significa no esperar el apoyo de él o ella en dinero, en amor, en lo que sea, para iniciar tu carrera, o cambiar de actividad, o retomar tus estudios, o lo que tú desees hacer. Actúa como si no tuvieras a nadie más que a ti mismo en quien apoyarse.

➤ Noveno paso: Eleva tu autoestima y vuélvete egoísta

¿Qué significa esto? Al igual que la palabra “espiritualidad” en el cuarto paso, la palabra egoísta que empleo aquí requiere una explicación exhaustiva para que no se malinterprete. ¿Qué significa para ti Ser egoísta? Es probable que sea sinónima de muchas cosas, como cruel,

desconsiderado, egocéntrico. Pero para ti... un ser que sufre cuando ama, ser egoísta es un ejercicio necesario para recuperarte.

- **Décimo paso: Comparte con otras personas lo que has experimentado y aprendido**

Compartir tus experiencias significa recordar que este debe ser el último paso en la recuperación de nuestra dependencia afectiva, no el primero. Ser demasiado supuesta a ayudar y concentrarte en los problemas ajenos es el mejor vehículo de evasión de nuestros problemas propios, de modo que deberás esperar hasta haber trabajado mucho en ti mismo antes de dar este paso.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1. Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida

Con el fin de alcanzar los objetivos, de la presente investigación se utilizó el método Dual Simplex, utilizándose con el método cualitativo, técnicas de observación, como parte fundamental de la investigación científica.

Por medio de la observación se inició y finalizó a través de análisis y registros entre el practicante profesional en formación y el paciente, logrando así recaudar los datos necesarios para los registros.

Dicha técnica de investigación es básica, estableciendo relaciones entre el profesional en formación y el paciente, con el objetivo del estudio que es observado, en este caso, "Codependencia en la mujer" (Trastorno por dependencia), llevando a cabo la observación cualitativa para poseer habilidades psicoterapéuticas, para lograr así establecer el reconocimiento, del comportamiento dual de la mujer en una relación dañina, empleando así el método inductivo.

Esta investigación cualitativa se basa en los registros del centro de práctica que corroboran la existencia marcada de esta problemática.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida

Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación
- Las entrevistas no estructuradas
- Examen del estado mental
- Preguntas abiertas y cerradas
- Los test psicológicos fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información, e investigar el por qué y cómo es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis. Las pruebas de evaluación diagnóstica que se emplearon se describen a continuación:

a) Test proyectivos:

- Árbol
- Familia
- Figura humana
- Persona bajo la lluvia
- T.A.T. (test de apercepción temática)
- H.T.P. (casa, árbol, persona)
- Test psicométricos:
 - Escala de depresión de Beck
 - Autoestima
 - Valoración personal
 - Termómetro del estado de ánimo

Como técnicas para generar psicodiagnóstico, se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSM IV TR, y el CIE-10 que

fue utilizado para el psicodiagnóstico dentro del centro de práctica “Clínica periférica Primero de Julio” ya que por requisito y reglamento del Ministerio de Salud pública de Guatemala solo es aceptada la clasificación de trastornos mentales CIE-10.

Proceso psicoterapéutico: siendo utilizados los siguientes enfoques

b) Cognitivo- Conductual

- Inoculación del estrés
- Distorsiones cognitivas
- Resolución de problemas
- Registro de pensamientos
- Entrenamiento asertivo
- Desensibilización sistemática
- Visualización
- Exposición *in vivo*
- Combatir los pensamientos deformados
- Aserción encubierta

c) Gestalt

- Silla Vacía
- Ejercicios de relajación
- Darse cuenta
- Yo tengo un secreto
- Me hago responsable
- Asuntos pendientes
- Ensayo teatral
- Juego de polaridad

d) Terapias de apoyo

- Catarsis
- Dialogo libre
- Libre expresión
- Intercambio de pensamientos

Siendo utilizadas, en los procesos individuales, grupales y familiares de toda la población atendida en la clínica periférica primero de julio zona 5 de Mixco del Municipio de Guatemala.

3.3. Población atendida en el centro de práctica

La población atendida en el centro de práctica fueron niños (ambos sexos) entre las edades de 6 a 11 años, adolescentes (ambos sexos) entre las edades de 12 a 18 años, adultos (ambos sexos) entre las edades de 19 años a 60 años. Se tomó la muestra en mujeres mayores de edad, que asistieron a consulta, solicitando atención psicológica, quienes presentaban una común sintomatología a consecuencia de la codependencia. Realizando con las pacientes entrevistas no estructuradas para recabar la información necesaria de la problemática de investigación.

Área geográfica: La investigación se realizó en la periférica del centro de Salud de la 1° de julio, zona 5 del municipio de Mixco del departamento de Guatemala, en donde fueron realizada las Prácticas Profesionales Dirigidas.

Tiempo: La práctica profesional supervisada fue realizada; iniciando el lunes 4 de febrero y finalizando el 31 de octubre del 2013.

3.4. Cronograma de actividades realizadas

A continuación, se presenta el cuadro de actividades realizadas durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida.

3.4.1 Actividades durante la práctica

Fecha	Actividad	Descripción	Temática
04 de febrero al 31 de octubre de 2013	Terapia individual	Encuentro entre el terapeuta y el paciente en donde en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura donde el paciente puede expresar sus problemas y emociones.	La observación, las entrevistas no estructuradas, las pruebas proyectivas y psicológicas, técnicas psicoterapéuticas.
6 de febrero al 8 de noviembre 2013	Terapia Grupal Escuelas Saludables	Es el proceso en el cual el terapeuta trabaja con un grupo de estudiantes de nivel primario entre las edades comprendidas de 9 a 16 años. Tratándose	Técnicas psicoterapéuticas grupales, presentaciones con temas relacionados a: -Derechos de los niños

		temas psicoeducativos. Se impartieron en seis escuelas diferentes del municipio de Mixco.	-Educación sexual -Principios y valores -Escuela para padres. -Autoestima -Salud mental -Bulling
--	--	---	---

Fuente: Elaboración Propia.

3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida (ver anexos)

El catedrático del curso de Práctica Profesional Dirigida fue: Licenciado Guillermo Téllez, y la asistente la Licenciada Sharon Flores de España.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Análisis

Todo el proceso realizado, buscó la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio: ¿Cómo influye la codependencia emocional en las mujeres para su crecimiento integral?

El trastorno por dependencia y codependencia se manifiesta en las mujeres a raíz de la desnutrición emocional vivida en su infancia o por una sobreprotección o abandono de alguna de sus figuras parentales. Es así como se desarrolla la sintomatología dañina que muchas veces es imperceptible en la persona que la padece, sumergiéndose en una desvalorización integral que va carcomiendo su individualidad, como su desarrollo psicosocial, provocando una necesidad de búsqueda de afecto insaciable con todas sus relaciones, llegando a la compulsión obsesiva que es donde pierde el control de sí misma.

A su vez la persona se victimiza llegando a hacer uso de la manipulación para satisfacer episódicamente sus vacíos emocionales que la hacen vivir en un círculo vicioso, que la daña y la consume, distorsionando su percepción de la vida así como el sentido de la misma.

En el caso que se presenta a continuación, se evidencia y confirma claramente las necesidades y secuelas que se desarrollan en el trastorno por dependencia y codependencia, lo cual me impulsa a elaborar una investigación cualitativa que defina y describa el significado y la génesis del mencionado trastorno que hoy en día afecta a la población más de lo que se cree, confundiendo con unidad y amor cuando solo es un torrente de emociones tóxicas y dañinas. Por lo que es necesaria la intervención psicológica que ubique y muestre la diferencia entre la realidad de las relaciones interpersonales sanas y la dependencia emocional al igual que la codependencia.

4.2. Caso Clínico

El siguiente caso clínico es la base de la presente investigación cualitativa, en el cual se efectuó un proceso psicodiagnóstico que se presenta a continuación.

Nota: por efecto de protección a la individualidad e identidad, se modificó en el caso clínico de la práctica profesional supervisada el nombre, dirección y teléfono de la paciente.

I. Datos generales

Nombre: Many Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 07/07/1993 Edad: 20 años
Escolaridad: Maestra en Educación Preprimaria
Ocupación: estudiante
Dirección: 0 av. 6-03 zona 5 de Mixco 1ero de Julio Teléfono: 4114-8000 (ficticio)
Religión: Católica

Pruebas	Aplicadas / Instrumento
Figura Humana	13-05-2013
El árbol	28-05-2013
Persona bajo la lluvia	09-07-2013
T.A.T.	09-07-2013

Referido por: personal

Fecha de inicio de la evaluación: 13-05-2013

II. Motivo de consulta

La paciente refiere: “Quiero aprender a controlar mi mente ya que me pongo muy tensa, me da angustia, miedo y me descompenso al punto de desmayarme cuando me siento amenazada”.

2.1. Historia del problema actual

Many, refiere que vivió un hecho violento cuando era pequeña con el segundo de sus hermanos ya que el consumía drogas y alcohol, refiere que fue una noche cuando estaba ella viendo televisión y su hermano entró violentamente a la casa tirándolo todo, quebrando objetos de cristal gritando el nombre de su esposa, con la intención de matarla. Por el mismo evento de quebrar objetos de cristal sin percatarse el hermano de Many se hirió las manos especialmente en el área de las venas, provocando esto un cuadro sangriento y la madre de ellos corre a auxiliarlo, sin embargo, él por los efectos de droga y alcohol él, la hiere dejándola tirada, en ese momento Many corre hacia su madre gritándole sin ella responderle. Los vecinos se percatan de la situación vivida en la casa y llaman a la policía, los cuales le dieron asistencia, llevándose a su hermano detenido y a su vez dándole asistencia médica, quedando detenido en centro asistencial por su condición y heridas.

Pasaron varias semanas en donde Many fue llevada a la casa de sus abuelos, mientras su madre se recuperaba, al quedar libre su hermano empezó a ser atendido psicológicamente y el padre de él decide llevarse a vivir con él a los Estados Unidos, siendo diagnosticado en ese país con problemas esquizofrénicos, aparentemente todo transcurrió con normalidad entre Many su hermano mayor y su madre.

Desde este momento refiere Many que luego de este evento, cada vez que percibe un ambiente amenazante comienza a sentir ansiedad evocándole reacciones neurovegetativas (vómitos,

diarrea, desmayo) por tal causa ella no ha podido llevar una vida normal en cuanto a lo social y laboral por la sobreprotección de su madre.

2.2. Factores precipitantes (estresores psicosociales, si hubiera)

La adicción del consumo de droga y alcohol del segundo de sus hermanos, el control y sobreprotección de su madre, la ausencia de su figura paterna y los conflictos entre su madre y su abuela materna.

Impacto del trastorno, en el sujeto, en la familia: El deterioro de la relación de Many con su segundo hermano, la codependencia hacia su madre, la negación de la muerte de su abuelo paterno quien sustituyó su figura paterna, que falleció hace un año.

2.3. Historia clínica

Personales no patológicos: La madre de Many refiere que durante el embarazo se desarrolló todo en su normalidad, teniendo un parto normal.

Historia prenatal: La madre de Many refiere que durante el embarazo se desarrolló todo en su normalidad, teniendo un parto normal.

Nacimiento: Fue un parto normal y sin complicaciones.

Desarrollo psicomotriz, descripción del sueño, dentición y control de esfínteres: refiere la madre que antes del suceso del evento del trauma todo su desarrollo fue normal. Después de este Many ha tenido dificultades en cuanto al sueño, pero solamente cuando siente que está en situaciones amenazantes.

Desarrollo escolar: Many tuvo un desenvolvimiento escolar normal y adecuado ya que

refiere siempre haber tomado sus estudios como un escape al contexto de su casa y a la poca libertad que sentía en sus centros de estudio.

Desarrollo social: Many tuvo una actividad normal escolar (con sus iguales) sin embargo no ha podido desenvolverse socialmente fuera de ese entorno.

Personales patológicos

Historia médica: Many refiere siempre estar bajo cuidados médicos cuando sufre estos episodios de ansiedad.

Historia familiar

Many, refiere que su contexto familiar ha sido muy violento por la causa del alcohol y drogadicción de su hermano, su mamá ha tenido tres parejas de relaciones sentimentales de las cuales de la primera pareja procreó dos hijos, de su segunda pareja Many y una tercera relación donde no procrearon hijos, ni tampoco convivieron bajo el mismo techo. Ella fue reconocida por el padre de sus hermanos que aunque está divorciado de su madre es el que sigue proviendo para las necesidades económicas del hogar, Él radica en los Estados Unidos, sin embargo ella manifiesta no tener ningún vínculo de comunicación con él, sin embargo manifiesta estar muy agradecida con él.

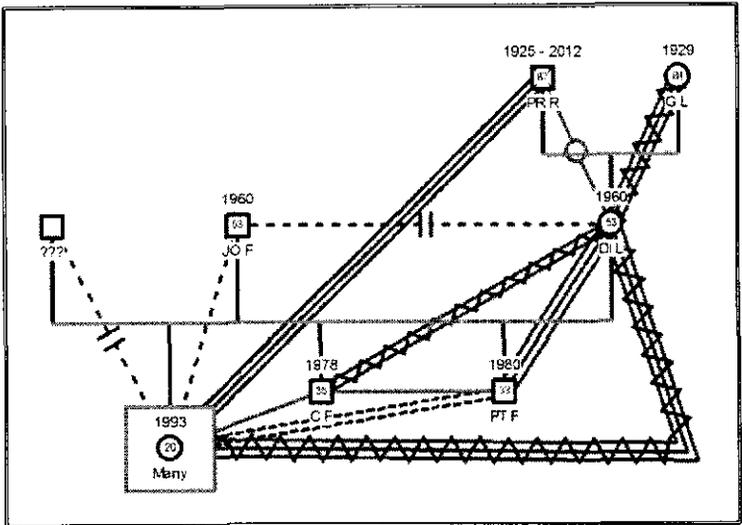
La relación con su madre aparentemente es buena, sin embargo manifiesta que es controladora y sobreprotectora, el segundo de sus hermanos desde el evento sucedido vive en los Estados Unidos pero viaja constantemente a Guatemala, el mayor de sus hermanos vive con ellas desde hace dos años que falleció su esposa por un hecho violento ya que el hermano de su cuñada estaba involucrado en problemas de drogas y por un ajuste de cuentas la mataron, quedando su hermano mayor viudo y a cargo de su hija de 10 años quien también vive con ellos, su relación con su hermano mayor es cordial, sin embargo, con su sobrina es una relación tirante.

La relación con su abuela materna, se deteriora cada vez más, ya que desde la muerte de su abuelo materno, su abuela también vive con ellos, con la cual discute mucho.

III. Examen del estado mental

En lo que corresponde a su apariencia general, actitud y forma de ser se puede observar en Many, una forma de ser agradable, amable, ansiosa, indecisa y en estado de alerta, su vestuario es acorde a apropiado a su edad, casual, con higienes personal limpia y adecuada (boca, nariz, piel, oídos, cabellos, manos, uñas, y vestuario) observando una mirada intranquila, atenta y fija, su postura es tensa y rígida a la vez, es de tez blanca, con una complexión mesomorfa (aspecto normal). Su estado de ánimo y emociones, manifiesta siempre una tristeza, temor, e impotencia, manteniendo un afecto restringido con insatisfacción y exaltación, sus movimientos son incontrolados y exagerados. Su asociación y flujo de ideas manifiestan un lenguaje coherente, congruente con ideas delirantes y su tono de voz normal. Su percepción es orientada a las personas en tiempo y espacio. Teniendo una memoria y pensamiento con atención, concentración, mágico y coherente. Manifiesta una sintomatología con dificultades de conciliar el sueño, pérdida del sueño con facilidad, con cambios de humor repentinamente, sentimientos de aflicción e irritabilidad, demandando afecto al punto de llorar sin razón. En cuanto a contacto prefiere estar en soledad, aparición de temores e incomprensión de las personas cercanas, incomodidad y molestias continuas, concluyendo a la cancelación de sus proyectos o sueños sin razón.

IV. Genograma



Fuente: Elaboración propia; información obtenida del paciente.

V. Resultados de la pruebas

Análisis pruebas proyectivas figura humana

13-5-2013

Many, proyecta sentimientos de inadecuación inferioridad, retraimiento al sentirse rechazada e infravaloración de la imagen parental (esto se debe a que nunca conoció, ni tuvo información, sobre su padre biológico), mantiene una actitud de ataque, ansiedad, inseguridad, mostrando regresión; principalmente con todo lo relacionado al trauma que vivió durante su niñez, su conducta es impulsiva, con tendencia a la introversión, sintiendo muchas veces que hace esfuerzos en su vida al punto de tener metas inalcanzables, por esta razón proyecta satisfacciones en la fantasía y no en la realidad dando como resultado inmadurez relativo a la ansiedad.

Many, proyecta satisfacción sobre su rol sexual usando agresivamente la coquetería, teniendo relaciones interpersonales conflictivas relacionadas con sentimientos de vergüenza y culpa provocándole retraimiento y timidez. Tiende a la deficiencia de autoestima por una autoimagen agresiva y socialmente dominante, teniendo una percepción vaga del mundo, así como desdén, arrogancia y duda, mostrándose susceptible a la defensiva sintiendo el rechazo de otros hacia ella, por esta razón vive en constante esfuerzo por ganar la aprobación de los demás, mostrando debilidad e inadecuación a la hora de asumir responsabilidades. Teniendo conductas muy instintivas más que intelectuales, proyecta deseos de contacto de relaciones, pero a su vez contención y rigidez por su actitud defensiva ya que maneja sentimientos de culpa en cuanto a las actividades manipuladoras e inestables.

Análisis prueba proyectiva test del árbol:

28-05-2013

Many, proyecta una relación supraindividual (que va más allá de su ideal ya que requiere la influencia y aprobación de los demás), siente delicadeza y debilidad en el contacto a la realidad, basado a su inseguridad, sensibilidad e incertidumbre por sus sentimientos de molestia e inferioridad, seguramente por la sobreprotección de su madre, antes y después del trauma.

Many proyecta egocentrismo, desconfianza, retraimiento y separación a la hora de ocultar y hacer cosas que no le dice a su mamá. Many un sentido de impotencia, relacionado al primitivismo y violencia en su casa activa y pasivamente por traumas íntimos, vulnerabilidad interior e inhibición, provocándole un estancamiento de afectos y emociones, mostrándose eventualmente en explosividad, impulsividad por cargas y descargas instantáneas.

Many, refleja infantilidad, inmadurez y regresión neurótica (esto se debe a la necesidad de huir a sus responsabilidades y recurre a la somatización), mostrándose dulce, dando compensaciones afectivas.

Debido a las normas de sobreprotección en la infancia, generando en ella debilidad, falta de madurez intelectual y afectiva generándole recogimiento, satisfaciendo su necesidad de afecto y

protección.

Análisis prueba proyectiva persona bajo la lluvia: 09-07-2013

Many, refleja timidez, auto desvalorización, inseguridades y temores, retraimiento por sentimientos inadecuados, con sentimientos de inferioridad y dependencia (relación madre-hija). Ya que tiene inadecuada percepción de sí misma. Vive en el pasado en cuanto a sus relaciones maternas y primarias, encerrándose en si misma, con pesimismo, debilidad, pereza y agotamiento, por lo que queda sin resolver, lo traumático. Su personalidad es noble e idealista con pobreza de ideas de estrechez de criterio (porque Many no es capaz de tomar una decisión por si sola) generándole tensión y ansiedad con rasgos depresivos por la misma pobreza intelectual, anulando sus pensamientos, por los conflictos continuos con su madre, teniendo la necesidad de esa búsqueda interior, con dependencia e idealismo.

Presenta tendencia a dolencias psicósomáticas, inmadurez emocional, restricción forzada de impulsos y amargura por no saber cómo afrontar las circunstancias de su entorno, generándole angustia, quizás se deba al sufrimiento fetal durante el parto. Many proyecta agresión e inseguridad para alcanzar su meta, quizás se deba porque percibe falta de amor.

Análisis prueba proyectiva de percepción T.A.T. 09-07-2013

Lámina #1 El niño estaba en la escuela y la maestra le dejó leer un artículo de un libro y él se sentó en su escritorio y lo comenzó a leer pero pronto él se aburría y casi al terminar de leerlo él se quedó dormido.

Many, proyecta negación a ver la realidad de su presente y se niega a ver el futuro y a responsabilizarse de si misma.

Lámina #3 GF; Ella tuvo problemas en su casa y se sentía mal y quiso salir de su casa para distraerse pero en la puerta se detuvo porque se sentía muy mal pero después como que tomo fuerza y logro salirse para distraerse un poco y despejar su mente de todos los problemas.

Many, proyecta sentimientos inadecuados de culpa, tristeza, desdicha por los problemas acontecidos en su entorno familiar, de los cuales refleja querer escapar.

Lámina #6 GF; Es una señora que está tranquila sentada en su sillón y estaba bien hasta que lleo un señor que lleo a reclamarle algo y ella se asustó al verlo pero de ahí el señor se fue y ella se quedó tranquila otra vez arreglándole algunas cosas que tenía en una mesa y las logro terminar de arreglar.

Many, proyecta la regresión del recuerdo del evento traumático y negativo que vivió con su segundo hermano y su madre, sin embargo apela a sus sentimientos para conciliar la paz interna de que el evento no tiene un final trágico, encontrando la aparente estabilidad cuando él se va.

Lámina #10; Es de una pareja que tal vez tuvo problemas pero al hablarlo ellos pudieron apoyarse mutuamente y ellos lograron salir de sus problemas y ellos dos están recibiendo apoyo mutuo y por la expresión que ellos dos tienen en su cara como están como que enojados pero que lo pudieron resolver todo y ella siente consuelo en por qué tiene la mano como que en su pecho.

Many, proyecta los conflictos en sus relaciones sentimentales, así como el aferrarse a ellas, auto consolándose por un simple gesto de su pareja del cual es carente en su interior, con el cual ella se conforma y se espera en la continuidad de su relación.

Lámina #15; Siento que es una mujer tal vez, una niña, y ella como que la molestan o la molestaban mucho en su colegio tal vez y a partir de eso ella se empezó a aislar hasta que se quedó sola y tal vez después más de algún adulto se dio cuenta de que ella tenía algunos problemas e intento hablar con ella y ella le pudo contar todo y tal vez después ya no se sintió

tan sola sino que ya se pudo desenvolver más ella y por eso era que ella está en un lugar casi oscuro y sola.

Many, proyecta el recuerdo de alguna época de su niñez, de su experiencia escolar donde fue víctima de Bullying, así como la intervención quizá de su abuelo con quien ella se sentía muy identificada ya que fue quien suplió su figura paterna, obviando en el dibujo cualquier figura que le indicara muerte ya que aún se niega a aceptar la muerte de su abuelo.

Lámina en blanco: Emmm una familia tal vez que tuvo problemas tuvo pocos problemas antes y ahora tiene bastante problemas, pero entre todos esos problemas como que se dio cuenta que... como que ... como que era unida... un poco de la familia era unida y con el apoyo tanto de las amistades como de algunos familiares, pudo salir delante de todos los problemas que cargaba encima y más adelante las cosas cambiaron.

Many, proyecta su deseo de mantener la familia integrada y la necesidad de ayuda externa y formación de lazos de amistad verdaderos con lo que se pueda auxiliar en momentos de conflictos y así mismo la esperanza de que en un futuro pueda ver sus problemas resueltos.

Lámina #7GF; Esta la mamá con su niña y la niña vino de la tienda, que fue a comprar unas cosas que la mamá le pidió pero cuando ella venía de la tienda se topó con ciertos amigos que la molestaban mucho entonces ella se puso mal y luego con su mamá y la mamá vio que ella estaba mal y le preguntó qué era lo que tenía y ella le contó de que sus amigos la molestaban mucho y eso a ella le dolía pero la mamá le dijo de que los ignore que no les pusiera atención y que después todo iba a estar bien pero que siempre le dijera si le hacían daño y ella a partir de ahí empezó a confiar en su mamá.

Many, proyecta las secuelas que le dejó el bullying, que sufrió no solo en su escuela sino también en su vecindario, así como el tiempo que sufrió sola y la relación disfuncional materno-afectiva la cual a raíz de ese descubrimiento de la madre cambió la relación entre ambas, promoviendo la comunicación entre ellas.

VI. Impresión diagnóstica

Al conocer a Many, refleja ser una joven sumisa, necesitada de validación y con grandes deseos de independizarse, sin embargo durante el proceso ha mostrado un gran dolor y necesidad de superar su trauma ya que esto la retrae y la obliga a tener una vida dependiente reclamando atención por medio de somatizaciones fisiológicas que la hacen caer al infantilismo y la búsqueda de sobreprotección de su núcleo familiar pero que a su vez la incómoda y debilita pero la hace funcionar en un círculo vicioso de codependencia, que a su vez van deteriorando sus relaciones interpersonales (social, familiar, sentimental).

VII. Evaluación multiaxial

EJE I: Z03.2 [V71.09]

EJE II: F60.7 trastorno de Personalidad por Dependencia [301.6]

EJE III: Ninguno

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (por sobreprotección y control de la madre y conflicto con uno de sus hermanos.)

Problemas relativos al ambiente social (apoyo social inadecuado, adaptación a las transiciones propias de los Ciclos vitales).

EJE V: EEAG= 55 (actual)

VIII. Programa de tratamiento o plan terapéutico

Cognitiva conductual: se desea que la px. Identifique el problema, la conductas, los pensamientos verbales y formular soluciones posibles. Se quiere modificar los patrones dañinos del pensamiento que surgen del producto de las distorsiones cognitivas acerca de si misma, del mundo externo y el futuro.

Objetivos	Técnicas	Aplicación	Recursos
Se busca conseguir que la px. Tenga un mayor control de sus emociones y pensamientos, así mismo empoderarla para ir elevando su autoestima .	Reforzamiento positivo	Se le reforzara verbalmente y por escrito, y se le asignaran actividades positivas y que generen resultados positivos para ir sustituyendo los pensamientos y conductas negativas.	Humano: Perseverancia personal. Físico: Lugar adecuado y solitario

Fuente: Elaboración propia, información obtenida de Técnicas Cognitivo-Conductual.

Gestalt: El propósito es lograr que la paciente Aprenda a soltar su pasado y a disfrutar su presente y a ver de una manera esperanzadora su futuro.

Objetivos	Técnicas	Aplicación	Recursos
Que la px. Aprenda a controlar sus estados de ansiedad para evitar la somatización fisiológica.	La inoculación del estrés.	<p>-Se le pedirá a la px. Elaborar una lista personal de situaciones de estrés, ordenarlas verticalmente, desde el menos al más estresor.</p> <p>Después aprenderá a evocar cada una de las situaciones en la imaginación y aprenderá a relajar la tensión mientras se visualiza claramente.</p> <p>-Contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos en positivos.</p> <p>-Ejercerá presión sobre los hechos estresores que considere perturbadores mientras respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento al estrés.</p>	<p>Humanos: Paciente Terapeuta</p> <p>Físicos: Agua kleenex</p>
<p>OBJETIVOS</p> <p>Que la paciente Aprenda a afrontar</p>	<p>TECNICA</p> <p>sensibilización sistemática</p>	<p>APLICACIÓN</p> <p>Se le guiara a la px. En</p>	

<p>los circunstancias estresores que considera amenazantes.</p>		<p>una relajación progresiva, se hará una lista con todos los temores o traumas, construirá una jerarquía con escenas de mayor intensidad de la ansiedad mentalmente, repitiéndola constantemente para lograr resultados positivos.</p>	
---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, información obtenida de Técnicas Gestalt.

Fecha

Psicóloga/o firma

Vo. Bo. _____
Supervisor

4.3. Logros obtenidos

Durante el proceso de desarrollo de la práctica profesional dirigida en la atención individual psicológica brindada a la paciente, pudo manifestar los siguientes cambios:

- El alineamiento de sus emociones, pensamientos y sentimientos en relación a sus figuras familiares.

- Su autopercepción de sí misma, eliminando los sentimientos de culpa desarrollados desde su infancia.
- Extinción de somatizaciones que le generaban ganancias primarias; como la manipulación y secundarias, como la sobreprotección de su entorno familiar.
- Empoderamiento que generó autoestima sana, cambiando su autoconcepto positivamente.

4.4. Limitaciones

Durante el proceso de desarrollo de la práctica profesional dirigida en la atención individual psicológica brindada a la paciente, pudo manifestar los siguientes limitantes:

- Intervención negativa por parte de su madre, que la sobreprotegía, interviniendo en el proceso.
- Infantilismo manifestado durante el proceso que utilizaba como mecanismo de defensa para evadir sus compromisos y responsabilidades.
- La victimización y revictimización de su entorno familiar, provocando retrocesos en el proceso.
- La interrupción del proceso psicoterapéutico ejecutado por parte de su figura materna, quien al ver los cambios en su proceso de independencia, la hizo sentirse desplazada, generando insatisfacción.

Conclusiones

1. Al identificar las causas principales de la codependencia emocional, en las mujeres se pudo observar e identificar la esencia del porqué se cae emocionalmente a esta problemática, teniendo como base el desencuadre en la infancia, que se proyecta a través de la conducta, convirtiéndose en patologías en la vida adulta de la mujer, cuando esta tiene formadas y comprometidas sus relaciones sentimentales en las que busca llenar sus carencias de la infancia y adolescencia.
2. Los efectos de la codependencia emocional en las mujeres, son determinantes en el proceso del crecimiento integral (emocional, físico y social) que paralizan todo contexto a desarrollarse sanamente.
3. Al conocer, los procesos psicoterapéuticos que proporcionan una sanación integral, que provocan en la mujer un empoderamiento que le permite, tomar el control de su propia vida, sin sentirse culpable ni humillada, permitiéndole un funcionamiento adecuado, alineando sus emociones, sentimientos y pensamientos. A través de los procesos terapéuticos cognitivo-conductual, gestalt, que sirven como guía para lograr la independencia integral que se buscan.
4. La influencia que tiene la codependencia emocional en la mujer, impide su crecimiento integral que le hace perder el equilibrio, sometiéndola a relaciones disfuncionales y enfermizas, tanto a nivel de pareja, familiar y psicosocial.
5. De esta investigación nace la necesidad de estructurar un documento psicoeducativo que le permita a la mujer guatemalteca, conocer e identificar su estado emocional y si está siendo víctima de dependencia o codependencia emocional para que pueda aplicar las herramientas que en él se sugieren.

Recomendaciones

1. Durante la investigación realizada sobre el tema de codependencia emocional en la mujer, en la Práctica Profesional Dirigida en la Clínica periférica Primero de Julio; se pudo constatar fiablemente a través de la investigación cualitativa la problemática que padece la mujer guatemalteca sobre la codependencia emocional.
2. Por lo mismo se observa la necesidad de apoyo psicológico como la mejor herramienta de ayuda para salir, de tan desadaptada y dañina conducta, así como el establecimiento de redes de apoyo que la empoderen a salir del círculo psicopatológico en el que se encuentra, aun sin darse cuenta.
3. Es recomendable prevenir los efectos de codependencia emocional en la mujer, que se proyectan a través de conductas desadaptativas; por medio de la unidad familiar, la comunicación asertiva entre cada uno de los miembros de la familia, respetando la individualidad de cada uno sin discriminación de género y edad.
4. Se recomienda transmitir a través de la información las causas y características que identifican a una mujer codependiente emocional, al lograr esto se cambiaría la cultura de codependencia que existe en la población guatemalteca, que prolifera el machismo, ya que se ve a la mujer como una propiedad y no como un ser individual que posee su propia identidad.
5. Se recomienda la psicoeducación general, para lograr una nueva cultura donde se le dé a la mujer el lugar y el respeto como ser humano, evolucionando de esa manera en la cultura guatemalteca a través del rompimiento de paradigmas que dañan y devalúan a la mujer, convirtiéndola en un ser codependiente.

Referencias

Bibliográficas

Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. Anales de Psiquiatría, 17, 53-60.

Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. Psicología Conductual, 4, 123-140.

Bateman, A. W. (2005). Psychological treatment of borderline personality disorder. Psychiatry 4 (3), 15-18.

Beattie, Melody. Libérate de la codependencia Editorial: SIRIO

Beattie, M. (1992). Ya no seas codependiente. México, D.F.: Promexa/ Hazelden Foundation.

Krishnananda. De la codependencia a la libertad, cara a cara con el miedo Editorial: Gulaab

May, Dorothy. Codependencia: la dependencia controladora, la dependencia sumisa. Editorial: Desclee Brouwer

Melody, Pia. La codependencia: Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas. Editorial: Paidós

Linares, J. (1996) "Identidad y narrative: La terapia familiar en la práctica clínica". Barcelona—España. Ed. Paidós.

Low G., Jones D., Duggan C. et al. "The treatment of deliberate self-harm in BPD using DBT". Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 2001, 29, 85-92.

Pinto, B. (2004). "Porque no se aparte de otra manera: Estructura individual, familiar y conyugal de los trastorno de personalidad". Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo" La Paz- Bolivia.

Internet

"Ciencia de las emociones" Recuperado: 05.11.2013

www.entremujeres.com

Codependencia | El LENGUAJE DEL ADIOS. Recuperado: 05.11.2013

tetha1950.wordpress.com/codependencia/

Codependencia emocional: síntomas y tratamiento. Recuperado: 05.11.2013

suite101.net/.../codependencia-emocional-sintomas-y-tratamiento-a1168...01/03/2010

Definición de Codependencia. Recuperado: 06.11.2013

www.paralidrcs.org/files/pic_4004.pdf

¿Dependientes emocionales o codependientes? Recuperado: 06.11.2013

evolucionando.wordpress.com

Desarrollo integral. Recuperado: 07.11.2013

www.sitiosweb.com.mx/sp/desint.html

Edad adulta intermedia. Recuperado: 07.11.2013

www.oocities.org/mx/aduran78/ei2.html

Espiritualidad y desarrollo personal - Siempre Mujer. Recuperado: 07.11.2013

siempremujer.com/estilo/espiritualidad-y-desarrollo-personal/14382/06/10/2011

La codependencia. Recuperado: 07.11.2013

www.teologoresponde.com.ar/adiccion_sexual/codependencia.htm

La inteligencia emocional de las mujeres | Entre mujeres. Recuperado: 08.11.2013

www.entremujeres.com

La Superación de la Dependencia Emocional - Corona Borealis. Recuperado: 08.11.2013

www.coronaborcalis.es/pdf/9788415306801.pdf PARTE I:

Teoría del Desarrollo Integral. - Supervivencia Recuperado: 08.11.2013

supervivir.org/dsr/integral00.pdf

Terapia de Pareja. Recuperado: 09.11.2013

www.psicologia-online.com

Anexos

Lista de Anexos

Anexo 1

Carta de solicitud

Anexo 2

Constancia de finalización de la Práctica profesional Dirigida

Anexo 3

Programa del curso de práctica profesional dirigida

Anexo 4

Constancia de entrega de material de apoyo “Trifoliar Hacia la individualidad integral”

Anexo 5

Copia del aporte “hacia la individualidad integral”

Guatemala noviembre 2013

Estimada Licenciada
Olga Raquel Alarcón
Encargada del Departamento de Psicología
Clínica Periférica Primero de Julio
Presente.

Por este medio, me permito extender a esta institución un aporte psicoeducativo para la población que es atendida integralmente en este lugar.

De tal manera que pueda incidir positivamente y contribuir al cambio, rompiendo paradigmas y patrones psicosociales y familiares; en especial a la población femenina que ha sido víctima de dependencia y codependencia emocional.

Dicho aporte surgió por la necesidad observada durante el proceso de práctica profesional dirigida, de la Universidad Panamericana. Provocando una investigación cualitativa que evidencio la importancia de informar, validar, concientizar y empoderar a las mujeres víctimas de dependencia y codependencia emocional, que les ayude a retomar el control de su vida, superando el episodio doloroso que interrumpió su sano funcionamiento cognitivo y emocional.

Agradeciendo, la oportunidad brindada para realizar la práctica profesional dirigida, adjunto el documento de aporte antes mencionado, con la finalidad de que sea una herramienta eficaz y aplicable a quien la reciba, haciéndole entrega de 1 ejemplar a color y 100 copias a blanco y negro para su distribución.

Atentamente.

F. Erika Milady Jaramillo Vargas

F. Licda. Olga Raquel Alarcón



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	<u>Práctica IV -Profesional Dirigida-</u>	Ciclo:	<u>2013</u>
Pre-Requisito:	<u>Práctica I, Práctica II, Práctica III</u>	Código:	_____
Trimestre:	<u>X</u>	Jornada:	_____
Sede:	_____	Horario:	_____

Mes	Año		
Enero	2013		
Fecha de Recepción	Sello de Registro y Control Académico	Vo.Bo. Decanato	

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación
Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandín B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Pique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

LA BELLEZA FEMENINA
SURGE A TRAVES DE LA
INDIVIDUALIDAD
INTERNA



©DnFoculHieda @allstions01.com:212057

Sabías que sin darte cuenta puedes estar sufriendo y viviendo en dependencia y codependencia emocional, sentimental y física, creyendo que es la manera en la que una mujer debe vivir, disminuyendo tu valor, capacidades, potencial e individualidad.

A continuación te brindamos información importante que puede ayudarte a descubrirte y surgir.

DEPENDENCIA: una **NECESIDAD** afectiva fuerte que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones: de pareja, una alta necesidad afectiva hacia los padres, y hacia los hijos, entre otras relaciones, no obstante, y por su mayor frecuencia, una de las más dañinas suele ser la Dependencia Emocional de la relación de pareja, donde la mujer suele creer que no tiene valor sin la presencia de un hombre a su lado que la quiera.

MUJER tu valor no depende de los demás... tu esencia es única y puedes triunfar!



La CODEPENDENCIA se caracteriza por una serie de síntomas tales como:

- 1.- Dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas sanas
- 2.- Congelamiento emocional
- 3.- Perfeccionismo
- 4.- Necesidad obsesiva de controlar la conducta de otros
- 5.- Conductas compulsivas
- 6.- Sentirse responsables por las conductas de otros
- 7.- Profundos sentimientos de incapacidad
- 8.- Vergüenza tóxica
- 9.- Autoimagen negativa
- 10.- Dependencia de la aprobación externa
- 11.- Dolores de cabeza y espalda crónicos
- 12.- Gastritis y diarrea crónicas
- 13.- Depresión

Recuerda: los cambios que realices hoy hacia tu independencia emocional, sentimental y física...serán las huellas que dejaras como camino guía, para otras mujeres que caminan detrás de ti...**FORJA TU CAMINO, PUEDES SER INDEPENDIENTE Y AMAR LIBREMENTE!!**

CODEPENDENCIA:

La codependencia puede ser definida como una enfermedad, cuya característica principal es la falta de identidad propia. "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."

¿Cómo superarlas?

- Reconocer que hay un problema y decidir si permanecer así, o accionar para superarlo.
- Busca ayuda psicológica para iniciar tu independencia y recibir las herramientas necesarias que te llevarán a tu independencia integral.
- Haz listado de cosas que haces por amor o cariño, pero que te perjudican. Si quieres cambiar, lo primero que debes hacer es pensar en ti, que tu bienestar sea lo principal en tu vida, porque si tustás bien puedes brindar amor sano.
- Refuerza tu autoestima. (esfuérzate en tu arreglo personal por ti misma, alimenta tu ser interior con lecturas de crecimiento personal, alimenta tu espiritualidad, realiza actividades recreativas)
- Aprende a estar sola. (Dedica tiempo a las cosas que más te gustan, haz amistades con gente buena, mira a tu alrededor las cosas bonitas que puedes contemplar y sentir bienestar, viaja, haz ejercicio, escucha música de tu agrado que te motive positivamente, y contempla lo valiosa y maravillosa que eres)
- Conviértete en tu mejor amiga y amante, solo tú puedes iniciar el proceso de valorarte, respetarte y amarte como consecuencia los demás lo harán!!!!

**EVOLUCIONA Y
SÉ UN POCO MEJOR
CADA DÍA...
TODOS LOS DÍAS.**