



FACULTAD DE HUMANIDADES

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“DEPRESIÓN Y DEPENDENCIA EMOCIONAL HACIA LA PAREJA EN
INTERNOS DE DOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DE
LIMA METROPOLITANA”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

ELIANA ALEJANDRA PRADERA CASTRO

ASESOR

MG. REYNALDO MURILLO VEGA

LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DEL 2018

DEDICATORIA

A Dios, por su inmenso amor y sabiduría lo que me permitió culminar satisfactoriamente el presente trabajo de investigación. A mis queridos padres, Alejandro y Liliana, a quienes les debo la existencia y todo lo que soy, depositando en mí su amor y confianza e inculcándome los valores; brindándome la mejor herencia de esta vida, ser una profesional. Por último, a mi familia que con su ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracteriza, por sus consejos, sus valores; pero más que nada, por su paciencia, apoyo y amor que me han brindado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial y sincera al director del Establecimiento penitenciario del Callao, Sr. Elmer Pérez Vásquez, y a la Sra. Ana Urraca Anicama, Directora del Establecimiento penitenciario Virgen de Fátima de Chorrillos, por darme las facilidades para realizar esta tesis.

Agradezco también a los psicólogos del Centro penitenciario Erika Bravo Cusipuma, Luis Meza Ayllon, José Becerra Calderón y Roger Trejo Calixto por su colaboración y sus valiosos aportes realizados durante la aplicación.

Agradezco a Roger Anyosa Vergara quien ha estado conmigo, mostrando ser un gran profesional de amplia generosidad, al compartir sus conocimientos y experiencias.

Agradezco a las internas del Centro penitenciario Virgen de Fátima y a los internos del Centro penitenciario Sarita Colonia del Callao por brindarme su tiempo, ya que sin ellos no hubiese sido posible realizar este proyecto.

Agradezco al docente Javier Reyes Rodríguez, por su orientación, apoyo, amistad y comprensión, quien me guio con su valiosísima experiencia en la realización de este proyecto de investigación.

Agradezco a mi abuelo, por los mensajes de aliento y su excelente manera de instruirme para afrontar las verdades de esta vida.

RESUMEN

Se estableció la relación entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana. El tipo de investigación utilizado fue descriptivo correlacional, con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 554 internos primarios De ambos sexos lo cual se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Dependencia Emocional de Anicama (ACCA) para estimar las variables de estudio. Los resultados mostraron que casi la mitad de los internos (49.4%) presentó niveles de sintomatología depresiva entre moderado y severo, en cuanto a la dependencia emocional el 30% de los mismos se ubicó en las categorías tendiente a la dependencia y dependiente emocional. En relación a los resultados comparativos, se evidenció diferencias significativas en la depresión y la presencia o no de pareja e hijos, el estado civil, situación judicial y el tipo de delito cometido; mientras que la dependencia emocional, se diferenció según sexo, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos y tipo de delito. Finalmente, se halló relación positiva baja entre la depresión y la dependencia emocional, a un nivel muy significativo ($p < 0.001$), asimismo también se halló correlación positiva en 8 dimensiones de las 9 de dependencia emocional con la depresión, a excepción del área ansiedad de separación, en todos los casos a un nivel muy significativo ($p < 0.001$).

Palabras clave: Depresión, dependencia emocional, pareja, internos primarios, establecimientos penitenciarios

ABSTRACT

The objective of this research is to establish the relationship between depression and emotional dependence towards the couple in inmates of two prisons in Metropolitan Lima. The type of research used was descriptive correlational, with no experimental design. The sample consisted of 554 primary inmates of both sexes, using the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Anicama Emotional Dependence Scale (ACCA) to estimate the study variables. The results show that almost half of the inmates (49.4%) have levels of moderate to severe depressive symptomatology; in terms of emotional dependence, 30% of the inmates are located in the dependent and emotionally dependent categories. In relation to the comparative results, significant differences were found in the depression and the presence or not of partner and children, the marital status, judicial situation and the type of crime committed; whereas emotional dependence is differentiated according to sex, relationship of couple, marital status, presence of children and type of crime. Finally, a low positive relationship was found between depression and emotional dependence, at a very significant level ($p < 0.001$), also positive correlation was found in 8 dimensions of the 9 of emotional dependence with depression, except for the anxiety area of separation, in all cases at a very significant level ($p < 0.001$).

Keywords: Depression, emotional dependence, couple, primary inmates, prisons.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é estabelecer a relação entre depressão e dependência emocional em relação ao casal em internos de duas prisões da região metropolitana de Lima. O tipo de pesquisa utilizado foi correlacional descritivo, sem delineamento experimental. A amostra consistiu de 554 internos de ambos os sexos, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a Escala de Dependência Emocional de Anicama (ACCA) para estimar as variáveis do estudo. Os resultados mostram que quase a metade dos internos (49,4%) apresenta níveis de sintomatologia depressiva moderada a grave e, em termos de dependência emocional, 30% dos mímicos estão localizados nas categorias dependentes e emocionalmente dependentes. Em relação aos resultados comparativos, foram encontradas diferenças significativas na depressão e na presença ou não de parceiro e filhos, no estado civil, na situação judicial e no tipo de crime cometido; enquanto a dependência emocional é diferenciada em função do sexo, relacionamento do casal, estado civil, presença de filhos e tipo de crime. Por fim, foi encontrada uma relação positiva baixa entre depressão e dependência emocional, em um nível muito significativo ($p < 0,001$), também correlação positiva foi encontrada em 8 dimensões do 9 de dependência emocional com depressão, exceto para a área de ansiedade. de separação, em todos os casos em um nível muito significativo ($p < 0,001$).

Palavras-chave: depressão, dependência emocional, casal, internos primários, presídios.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

RESUMO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Realidad problemática	2
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos:	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación e importancia del tema	7
1.5. Limitaciones	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes nacionales e internacionales:	10
2.1.1. Investigaciones internacionales	10
2.1.2. Investigaciones nacionales	12
2.2. Bases teóricas y científicas	14
2.2.1 Depresión	14
2.2.1.1. Definición	14
2.2.1.2 Síntomas y características clínicas de la depresión	17
2.2.1.3 Etiología en la depresión	22
2.2.1.4. Clasificación y tipos de depresión	26
2.2.1.5 Consecuencias de la depresión	28
2.2.1.6 Teorías y modelos explicativos de la depresión	30
2.2.2 Dependencia emocional	36
2.2.2.1. Definición	36
2.2.2.2 Síntomas de la dependencia emocional	39
2.2.2.3 Características de la dependencia emocional	39
2.2.2.4. Causas de la dependencia emocional	44
2.2.2.5. Teorías de la dependencia emocional	46

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de investigación	51
3.2. Población y muestra	51
3.3. Hipótesis	52
3.4. Variables	53
3.5. Instrumentos de medición	54
3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	57
3.7. Procesamiento de Análisis estadísticos de los datos	57

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos evaluados	60
4.1.1. Confiabilidad	60
4.1.2. Validez	61
4.1.3. Baremos	63
4.2. Análisis descriptivos de las variables en estudio	66
4.3. Análisis comparativos de las variables en estudio	70
4.3.1. Análisis de normalidad en las puntuaciones de la muestra de estudio	70
4.3.2. Depresión y dependencia emocional según variables de control	71
4.4. Análisis de asociación entre variables de estudio	80

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión	83
5.2. Conclusiones	89
5.3. Recomendaciones	90

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Signos y síntomas de la depresión (Vallejo, 1998).....	21
Tabla 2	Clasificación de la depresión según los sistemas diagnósticos DSM-5 y CIE-10.....	28
Tabla 3	Especificaciones de la Escala de Dependencia Emocional de Anicama et al. (2013).....	56
Tabla 4	Estimación de la consistencia interna para BDI – II.....	60
Tabla 5	Estimación de la consistencia interna mediante la homogeneidad en el ACCA.....	61
Tabla 6	Validez ítem-test para la prueba BDI – II.....	62
Tabla 7	Validez subtest-test para la prueba ACCA.....	62
Tabla 8	Normas percentilares de la Escala de Depresión de Beck en internos penitenciarios.....	64
Tabla 9	Niveles de depresión y puntuaciones directas del BDI-II en internos penitenciarios.....	65
Tabla 10	Normas percentilares de la Escala de Dependencia Emocional en internos penitenciarios.....	65
Tabla 11	Categorías diagnósticas y puntuaciones directas del ACCA en internos penitenciarios.....	66
Tabla 12	Niveles de depresión en internos de establecimientos penitenciarios.....	67
Tabla 13	Niveles de dependencia emocional hacia la pareja en internos de centros penitenciarios.....	67
Tabla 14	Percepción de felicidad en la relación de pareja en internos penitenciarios	68
Tabla 15	Percepción sobre la salud asociado a discusiones en la relación de pareja en internos penitenciarios.....	68
Tabla 16	Sensación de vacío y soledad ante la ausencia de la pareja.....	69
Tabla 17	Aprobación de la pareja para toma de decisiones en internos penitenciarios.....	69
Tabla 18	Iniciativa en la relación de pareja y temor a reacción en internos penitenciarios.....	70
Tabla 19	Análisis de normalidad de las puntuaciones en las variables de estudio....	70
Tabla 20	Depresión según sexo en internos de centros penitenciarios.....	71

Tabla 21	Depresión según edad en internos de centros penitenciarios.....	71
Tabla 22	Depresión según grado de instrucción en internos de centros penitenciarios.....	72
Tabla 23	Depresión según relación de pareja en internos de centros penitenciarios	72
Tabla 24	Depresión según estado civil en internos de centros penitenciarios.....	73
Tabla 25	Depresión según presencia de hijos en internos de centros penitenciarios	73
Tabla 26	Depresión según situación judicial en internos de centros penitenciarios	73
Tabla 27	Depresión según tipo de delito en internos de centros penitenciarios.....	74
Tabla 28	Dependencia emocional hacia la pareja según sexo en internos de centros penitenciarios.....	74
Tabla 29	Dependencia emocional hacia la pareja según edad en internos de centros penitenciarios.....	75
Tabla 30	Dependencia emocional según grado de instrucción en internos de centros penitenciarios.....	75
Tabla 31	Dependencia emocional según relación de pareja en internos de centros penitenciarios.....	76
Tabla 32	Dependencia emocional según estado civil en internos de centros penitenciarios.....	76
Tabla 33	Dependencia emocional según presencia de hijos en internos de centros penitenciarios.....	77
Tabla 34	Dependencia emocional según tipo de delito en internos de centros penitenciarios.....	77
Tabla 35	Dependencia emocional según percepción de felicidad con la pareja en internos.....	78
Tabla 36	Dependencia emocional según discusiones en pareja que afectan la salud en internos penitenciarios.....	78
Tabla 37	Dependencia emocional según sensación de vacío y soledad en internos penitenciarios.....	79
Tabla 38	Dependencia emocional y necesidad de aprobación de pareja para toma de decisiones en internos de centros penitenciarios.....	79
Tabla 39	Dependencia emocional según ausencias de iniciativa en pareja por temor a reacción de desagrado de pareja en internos penitenciarios.....	80

Tabla 40	Relación entre la depresión y la dependencia emocional hacia la pareja en internos penitenciarios.....	80
Tabla 41	Relación entre la depresión y áreas de la dependencia emocional hacia la pareja en internos penitenciarios.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Esquema del modelo Cognitivo de la Depresión Beck (1964).....	36
Figura 2	Fases de las relaciones de pareja de los dependientes emocionales....	41
Figura 3	Concepción de la Dependencia Emocional como una Clase Respuesta Anicama (2013).....	49

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración psicológica frecuente que perturba a 350 millones de sujetos en el mundo, siendo considerada la primordial causa a nivel internacional de discapacidad, favoreciendo en gran medida a la carga mundial de morbilidad, observándose más casos en mujeres que en hombres. Este trastorno es tan riesgoso que encontrarse en este estado puede llevar al suicidio en niveles muy graves, no obstante, existe tratamientos eficaces para sobrellevarlo (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], 2012). De esta forma, la depresión se considera un grave problema en la salud mental, con un impacto psicosocial muy elevado, afectando el bienestar de las personas por el ánimo bajo, por lo cual es relevante considerar todos los factores que contribuyen al desarrollo del mismo. En este sentido, los problemas con la relación de pareja es uno de los señalados, notándose más aún en cierto tipo de relación con rasgos de dependencia afectiva (Román, 2011) encontrando a estas últimas con patrones de sumisión, sacrificios y tolerancia a cualquier conducta de humillación, y sesgos cognitivos que favorecen la problemática y además son coincidentes en la depresión.

En el Perú, recién hace algunos años se está estudiando el tema, sin embargo, son insuficientes las investigaciones acerca del tema, dependencia emocional y su vínculo con la depresión, a pesar de que es una problemática muy frecuente en las relaciones de pareja, que puede llevar a consecuencias muy graves si no es detectado y manejado adecuadamente.

Por otro lado, al definir la dependencia emocional puede entenderse como la necesidad exagerada de afecto que una persona demanda de su pareja sentimental, lo cual implica una grave desviación de su personalidad, ya que el sujeto dependiente deforma la idea de amar como si esta fuera una necesidad indispensable para vivir y sentirse seguro, porque no percibe la idea de vivir sin pareja, debido a un extremo miedo a ser rechazados, miedo a ser abandonados y peor aún miedo a no ser queridos.

Cabe mencionar que la pérdida de la libertad impacta notablemente en los internos, y se espera que un porcentaje considerable presente síntomas depresivos o alteraciones del ánimo y ansiedad, además un grupo importante presenta problemas psiquiátricos previos o inicia síntomas considerables, una variable a considerar es la dependencia emocional pues

teóricamente se relaciona a la depresión, además que un grupo de estas personas se encuentran en los casos de violencia de pareja.

En ese sentido, Arias, Canales y De La Torre (2016) consideran que es una prioridad que se establezcan políticas estructurales, donde se diseñen estructuras organizacionales y procedimentales que faciliten la reinserción social, por ende el cambio, de la población carcelaria, ya que las funciones del psicólogo penitenciario son la clasificación de los reos, la programación del tratamiento, la evaluación periódica de los internos, el seguimiento y la elaboración de informes de los casos analizados. Por ende, la intervención debe ser constante, fundada en una evaluación y diagnóstico inicial y mediante procedimientos individualizados que prioricen la observación criminológica de los dinamismos que se producen entre el preso y su contexto (Soria y González, 2006).

Es fundamental incluir a la familia en dicha intervención y también restablecer su funcionamiento psicológico y social mediante el entrenamiento en habilidades sociales y el aprendizaje de técnicas para la autorregulación de la conducta (Vásquez, 2005), pues un número importante de internos presentan características de ansiedad y depresión como rasgo clínico resaltante. Así pues, más allá de los clásicos tratamientos usados en los centros penitenciarios, como son la hospitalización psiquiátrica y el uso de fármacos (Acero, Escobar-Córdoba y Castellanos, 2007), se debe de proponer enseñar el manejo de las emociones y la resolución de problemas (Vargas, Cabrera y Rincón, 1978, como se cita en Arias et al., 2016). Es decir que los programas de rehabilitación deben desarrollar nuevas habilidades sociales, del pensamiento, regulación emocional y control de ira, además de prevención de recaídas (Redondo y Andrés-Pueyo, 2007).

Así de acuerdo a las variables de estudio se ha estructurado el informe de investigación en cinco capítulos: el primer capítulo, presenta la situación y formulación del problema de investigación. En este mismo acápite, se redactan los objetivos, los mismos que se formulan, de manera general y se subdivide en específicos. Finalizando este capítulo se sustenta la importancia de realizar el estudio en nuestro medio y en esta población, comentando las limitaciones encontradas.

El segundo capítulo aborda la depresión, sus definiciones y planteamientos conceptuales, para luego describir los síntomas característicos y algunos modelos explicativos de la misma variable, basándonos en el modelo de Beck. Enseguida, se aborda teóricamente la dependencia emocional realizando una serie de definiciones e ir caracterizando los patrones frecuentes de las personas dependientes emocionalmente, destacando la teoría propuesta por Anicama, Caballero, Aguirre y Cirilo (2013) para explicar dicho constructo. Finalmente, se explica algunas características de la población penitenciaria.

El capítulo tres, está referido a la metodología aplicada en la investigación, aquí se presenta la descripción del diseño de investigación utilizado, así como las características sociodemográficas de la población de estudio y la forma como se eligió el tamaño y la selección de sujetos para la muestra. A su vez, se describe los instrumentos utilizados y finalmente, los procedimientos de recolección y análisis de datos que detallan el modo en que se llevó a cabo el estudio.

El cuarto capítulo está referido a la presentación de datos y resultados de acuerdo a los análisis estadísticos pertinentes, propuestos a través de tablas.

Finalmente, en el último capítulo se discuten los resultados producto del análisis pertinente, comparando y contrastando los hallazgos con algunos estudios similares y las hipótesis propuestas. También, se exponen las conclusiones y se formulan algunas sugerencias para futuras investigaciones, que permitan ampliar el campo de investigación propuesto.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

La pérdida de la libertad es un suceso que impacta profundamente a la persona, tanto a hombres como mujeres; sin embargo, distintos autores refieren que la forma de vivir y afrontar esta situación es distinta, además no ponen en duda que ello afecte su salud psicológica. Otro punto importante, que no se tiene claro, es si las personas en reclusión vienen ya con algunas características psicopatológicas, o si el encierro detona algunas o se desarrollan las ya preestablecidas. Al respecto, Arias et al. (2016) sostiene que la conducta antisocial se relaciona con una serie de variables psicopatológicas, tales como el uso de la violencia, incluidas hacia la pareja, maltrato a la familia e hijos, hiperactividad, impulsividad, trastornos del humor, déficit en la atención y concentración, baja inteligencia, deserción escolar, promiscuidad sexual, uso y abuso de drogas, tenencia ilegal de armas, pobre autoconcepto, inadecuados estilos de crianza, caracterizados por una baja cohesión familiar, conllevando a un sistema disfuncional en la familia, siendo todos estos factores fuertes predictores de la conducta criminal.

Por tanto, conocer la distribución de la población penitenciaria y sus características es vital para entender la pluralidad de su salud mental. Así se puede notar que cuando se obtienen registros por sexo, existen marcadas diferencias. Las mujeres representan el 2% al 9% de la población penitenciaria mundial, y el 3% al 12% en América Latina. En nuestro contexto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) realizó el primer censo a nivel nacional de establecimientos penitenciarios informando que la población interna se distribuye en 66 centros a nivel nacional, siendo en total 76 180 personas privadas de su libertad, donde el 94% son varones y solo el 6% representa la población femenina, donde el grupo etario de mayor frecuencia fue el de 30 a 44 años, que representa el 43%, seguido del grupo de 45 a 59 años que es el 18.% del total.

Entre ellas, los delitos más comunes son tráfico y comercio de drogas, mientras que en la población masculina son delitos más violentos. Se han identificado factores de riesgo vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, como la pobreza, el nivel educativo bajo, el desempleo, sufrir violencia física o tener antecedentes de consumo; sin embargo, algunos de estos factores presentan una distribución diferencial entre hombres y mujeres (Hernández et al., 2018).

Así también, vemos que la investigación en el ámbito penitenciario, y explícitamente en la salud emocional es limitada, más aún en nuestro medio. Al respecto, el Centro de Estudios Penitenciarios y Criminológicos (Cenecp, 2007) realizó una investigación e hizo un diagnóstico sobre la salud mental de los internos de establecimientos penitenciarios, cuyos resultados indican que el 19.93% presentó alguna alteración psicológica establecida por un profesional de salud especializado, y el 15.71% de los reos, a diferencia de la población general (1%, APA, 2002), tiene diagnóstico de depresión.

Además, los estudios reportan que los problemas de mayor porcentaje en sujetos privados de su libertad son el uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) y de alcohol llegando hasta las adicciones, donde las estimaciones señalan que el 64.8% consume SPA y el 50.89% alcohol (Cenecp, 2007). No obstante, no son los únicos problemas que aquejan la salud psicológica de los reos, también encontramos desórdenes de la personalidad, entre los que destaca el trastorno antisocial (24% de la población total) y el disocial (21%); asimismo otro aspecto que se aprecia en esta población son los desórdenes afectivos, donde se considera a la depresión como el problema con mayor prevalencia en internos penitenciarios, después del abuso de sustancias, llegando a porcentajes mayores del 15%, y que más del 70% presenta algún tipo de sintomatología depresiva, sin llegar al cuadro diagnóstico (Cenecp, 2007), cifras que son superiores a la población normal o no recluida.

Estos datos resultan preocupantes, si se consideran las condiciones de vida que tienen los internos para acceder a una intervención especializada, ya que los especialistas resultan insuficientes, en la mayoría de los casos, y en los más graves, no existe la intervención en este punto, ya que ellos mismos priorizan cubrir necesidades básicas como alimentación y vivienda que se ve desbordada por la superpoblación que se observa hoy en día en los establecimientos penitenciarios, lo que conlleva a un hacinamiento, y deterioro de las condiciones básicas para su rehabilitación y reinserción a la sociedad.

En este punto, Mérida (2012) refiere que el deterioro de la condiciones en los reclusorios, el hacinamiento, el trato denigrante, la discriminación, el abuso, la ausencia de opciones para la reeducación social del infractor de la ley, la pérdida de control del régimen disciplinario en los penales por parte de las autoridades correspondientes, entre otros males del sistema penitenciario, son factores que contribuyen a que la persona privada de libertad

acuse un profundo sentimiento de infelicidad, desesperanza y angustia permanentes, resultado de que la persona se siente incapaz de cambiar las cosas, está sola y se siente mal consigo misma.

A esta situación poca alentadora, se suma las diferencias en cuanto al género, pues el sistema penitenciario, probablemente por la proporción de cada uno, ha tomado en cuenta solo las necesidades de los hombres en el diseño del sistema, no obstante el contexto entre uno y otro sexo difiere considerablemente, pues el papel que cumplen las mujeres en sus grupos sociales influye en las motivaciones y efectos posteriores de su conducta delictiva, envolviendo factores familiares y de la salud (Baca, Chacaltana, Roa, Zegarra y Bustamante, 2015).

Así, otro punto importante que no se tiene en consideración en la población interna es la vida familiar y de pareja con la cual han llegado, y los problemas asociados en este tema, incluso algunos de ellos por delitos relacionados a la pareja. Se dice que es la mujer la más afectada, emocionalmente por el impacto de la reclusión, además son las que presentan mayores índices de victimización en lo referido a la violencia de pareja, un reflejo de ello son los distintos reportes que vemos en las noticias para informar sobre feminicidios y ataques contra ellas, lo paradójico es que sólo se pone atención a la víctima, más no se estudia a profundidad al agresor, y muchos menos la relación que sostenían, conociéndose poco sobre esta población. En este sentido, una variable relevante es la dependencia emocional, la cual es uno de los fenómenos más frecuentes en el mundo y suele estar asociado a la violencia de pareja, donde las mujeres son quienes sufren más consecuencias por parte de sus cónyuges, donde un grupo de ellos están purgando condena.

Según la OMS (2013), la violencia de la pareja es la que presenta mayores proporciones, pues involucra al 30% de personas de sexo femenino a nivel internacional, revela también que más de un tercio (38%) del total que han sido ultimadas, fueron víctimas de sus parejas. Un factor a esta problemática, según Castelló (2005), es la dependencia que se da entre los miembros, donde la relación se caracteriza por la demanda desproporcionada de afecto, asumiendo una de las partes un papel sumiso y la otra uno dominante, así vemos que quien se somete intenta satisfacer esta demanda, soportando una serie de maltratos, por

lo que tal relación se asocia a humillaciones, engaños con otras parejas, celotipia, entre otras, variando de acuerdo a los rasgos del compañero.

Esta carencia desmedida de amor viene a ser la base de esta patología, y produce a quienes la llevan a huir al precio que sea de estar solos y experimentar tristeza, en ocasiones pueden ocultar una depresión, además evitan sentir el temor de ser abandonadas y/o rechazadas por lo que tienden a complacer al otro sin reparos, pues no cabe en sus esquemas el que puedan dar fin a la relación, o le dejen de brindarle atención y afecto, sobreadaptándose y postergando sus propias necesidades por las de la pareja, tienden a asumir deseos de la pareja en vez de preguntar o esperar que las solicite, y muchas veces esperan un comportamiento recíproco donde el compañero “debe” saber las necesidades del otro sin comunicarlas, aduciendo que quien ama sabe que necesita el otro.

Al respecto Armas (2017) menciona que la dependencia emocional está asociado a diversas psicopatologías en relación con el estado anímico; gran parte de estos derivan del espectro ansioso-depresivo, siendo la depresión, la patología más estudiada. En tanto, Lemos y Londoño (2006) en su investigación con personas dependientes y quienes no lo presentaban concluyeron que dentro de las características cognitivas, ambos grupos presentan diferencias significativas, específicamente en la creencias irracionales de tipo deberías y falacias de control, siendo estas distorsiones las que aumentan y describen a los dependientes, y suelen aparecer con mayor énfasis ante la presencia de labilidad emocional.

Por tanto, los internos de centros penitenciarios son una población vulnerable, tanto por las características psicopatológicas que presentan los internos en las investigaciones, como por el contexto y sus condiciones al que se enfrentan, ya que la suspensión de la libertad, limita la interacción con sus grupos sociales (amigos, familia, etc), los mismos que naturalmente actúan como apoyo, asimismo la adaptación al nuevo régimen carcelario impactará en salud emocional. Así la depresión y la dependencia hacia la pareja se vuelven un problema por lo señalado, más aún si la tendencia de los internos es a realizar conductas adictivas, ya sea a sustancias, conductas o personas.

Este contexto trae consigo diversas consecuencias en las áreas en las que se desenvuelve el sujeto, ya sea en el ámbito de la familia, los amigos, consigo mismo, impactando en su salud tanto física como psicológica. En parte emocional y/o psicológica, la reclusión produce usualmente una serie de sintomatología depresiva y ansiosa, llegando hasta cuadros clínicos evidentes, al mismo tiempo se evidencia alteraciones del comportamiento de los internos propios de la interacción diaria (Borja, Aguado y Urquiza, 2006). Asimismo, resulta necesario saber cómo estas personas establecen sus relaciones de pareja y en qué medida son tóxicas, puesto que la pareja es una fuente de apoyo social, pues lo contrario, favorece la sensación de soledad y conlleva a estados emocionales depresivos.

Bajo esta problemática, el trabajo intenta examinar la relación entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja que se podría dar en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana, a fin de indagar el estado en que se encuentra la salud psicológica y emocional de la población en cuestión.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer las propiedades psicométricas y normas percentilares en los instrumentos de evaluación en la población de estudio.
- Identificar los niveles de depresión en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.
- Identificar los niveles de dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

- Establecer diferencias significativas en la depresión según sexo, edad, grado de instrucción, relación en pareja, estado civil, presencia de hijos, situación judicial y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.
- Establecer diferencias significativas en la dependencia emocional hacia la pareja según sexo, edad, grado de instrucción, relación en pareja, estado civil, presencia de hijos y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.
- Establecer diferencias significativas en la percepción de características en la relación de pareja de acuerdo al autoinforme de pareja elaborado para internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.
- Describir la percepción de características en la relación de pareja de acuerdo al autoinforme de pareja elaborado para internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación e importancia del tema

Es innegable, la repercusión que tiene en el interno del penal la reclusión en las cárceles, y esto se hace evidente cuando se evalúa el estado de ánimo asociado al apoyo social del interno, específicamente la pareja y/o familia; muchas veces refieren conflictos, abandono o infidelidades realizadas por la pareja, perdiendo el interés y motivación para rehabilitarse, dejando de lado actividades productivas para su recuperación y reinserción, notándose un descuido importante en su vida, evidenciando síntomas depresivos pues suelen sentirse solos y desesperanzados, esto se incrementa por la imposibilidad de tener su libertad, cayendo en comportamientos desadaptativos, tales como la violencia, consumo de alcohol y otras drogas, incrementando su toma de decisiones a un nivel que ponen en riesgo su integridad en todo sentido. De esta forma, el estudio nace del interés por conocer la relación de la pareja, asociado con la depresión, más aún si las investigaciones al respecto son reducidas en internos penitenciarios, teniendo consecuencias muy serias para su recuperación.

Así, a nivel social es relevante, ya que puede brindar mayores alcances respecto al comportamiento de cada variable de estudio, brindando información que repercuta en mejorar la salud psicológica de los participantes, a través de estrategias apropiadas para

intervenir emocionalmente y dar estrategias para llevar relaciones de pareja saludable, afrontando el ánimo deprimido y las relaciones conflictivas.

A nivel teórico, permitirá conocer mucho más acerca del vínculo entre los constructos estudiados, además son escasas las investigaciones en el grupo poblacional, siendo limitada la información que se tiene para las variables, más aún en la dependencia emocional hacia la pareja en internos penitenciarios. Es innegable que la reclusión y sus condiciones impactarán sobre el interno, si a ello sumamos que la depresión es el trastorno afectivo más prevalente, y que la funcionalidad en sus distintas áreas, tal como la pareja, muchas veces es señalada como disfuncional.

Por otro lado, a nivel metodológico se puede obtener instrumentos que demuestren la rigurosidad psicométrica, examinando las propiedades de validez y confiabilidad de los test. Asimismo, el estudio brindará normas percentilares específicas de la muestra estudiada, facilitando un mejor tamizaje en los establecimientos penitenciarios respecto a la depresión y la dependencia emocional.

Por último, la institución obtendrá los resultados que le permitirá tomar decisiones respecto a la salud psicológica de los internos, específicamente en ámbitos del estado de ánimo y la relación de pareja y cómo estas se asocian; lo cual permitirá dar mayores luces para proponer programas de intervención en la recuperación de la salud mental y de pareja.

1.5. Limitaciones

Las principales limitaciones encontradas en la realización de la presente investigación fueron:

- Escasos estudios que relacionan las variables depresión y dependencia emocional en personas privadas de la libertad.
- Los recursos económicos o presupuesto serán totalmente autofinanciados.
- Los resultados solo serán aplicables para poblaciones que muestren similares características a la muestra poblacional del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes nacionales e internacionales:

2.1.1. Investigaciones internacionales

Vélez, Barrera, Benito, Figueroa y Franco (2016) evaluaron los síntomas depresivos de internos de una prisión de Colombia mediante el Test de Zung para la Depresión, donde se observó que el 38.6% reportan síntomas depresivos que predominan a la edad de 18 a 44 años, además no se aprecia discrepancias entre la depresión y las variables asociadas. Los autores concluyen que la proporción de internos con presencia de alteraciones del ánimo con tendencia al estado depresivo es elevado, por lo que se hace importante su evaluación.

Berna (2015) realizó un programa de intervención en depresión en centros penitenciarios españoles. Asimismo, revela que hasta el 2007 el 45.9% de reclusos padecían de un trastorno mental, donde el porcentaje de personas que presentan este problema es considerablemente mayor en comparación con la población general, llegando a ser entre 5 a 7 veces más alta. En cuanto a la depresión refiere que entre el 10-12% presenta un trastorno de depresión, ocupando el segundo lugar detrás de los trastornos de personalidad, existiendo una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo que en la calle, entre 2 y 4 veces más. Esto debido al gran cambio que se produce al entrar en un centro penitenciario, ya que el individuo pasa de ser completamente libre a encontrarse hacinado en un centro durante un tiempo determinado establecido a modo de castigo.

Benavides y Nel Beitia (2012) encontraron que en un centro penitenciario el 68.7% de los internos colombianos participantes padecían de algún trastorno mental, siendo el alcoholismo el más frecuente (54%), mientras que la depresión llegaba al 23% del total de la muestra, cabe señalar que los reos fueron evaluados con el Cuestionario de Sintomatología SRQ, además hace hincapié en señalar estudios donde reportan que más del 80% de reclusos presentan sintomatología depresiva, además de síntomas paranoicos significativos, lo que hace evidente que los porcentajes son mucho mayores a la población general, por lo que resulta necesario conocer cuáles son estos porcentajes en nuestra realidad.

Mérida (2012) evaluó a 50 varones internos en cárceles en Guatemala, cuyas edades osciló entre 18 y 55 años, aplicándoles el Inventario de Depresión Inventario de Beck. Los resultados evidencian que dos tercios (76%) de los reos presentan depresión, la cual se

distribuye entre un 40% y 30% entre leve y moderado, respectivamente y un 6% cuya categoría diagnóstica es severa.

Loinaz, Ortiz, Miguel y Ferragut (2011) en un estudio con reclusos que purgaban condena en centros penitenciarios por agresión hacia la pareja, en Málaga, España, analizaron los tipos de personalidad y los síndromes clínicos en la conducta violenta contra la pareja. Los datos arrojan que existen dos tipos de grupos de agresores, el primer grupo se le denominó “rasgos normalizados”, quienes se definen por presentar rasgos marcados en los prototipos narcisista, histriónico y compulsivo, resaltándose estos dos últimos patrones. El segundo grupo, fue llamado el de “rasgos antisociales”, aquí sobresale los patrones de personalidad antisocial, agresivo-sádica, pasivo-agresivo y el paranoide. Una conclusión, que se desprende es que el primer grupo presenta menores alteraciones psicopatológicas y pensamientos distorsionados, con mejor manejo de la cólera, a diferencia del segundo donde se encontró evidencia de un mayor número de reos con alteraciones psicológicas y pensamientos automáticos, distorsionados, siendo la violencia empleada de mayor complejidad. Cabe resaltar como una característica en los reos que se va observando es la dependencia a sustancias o al alcohol, alteración del estado de ánimo, episodios psicóticos y desórdenes en la personalidad, especialmente en el grupo 2.

Galati (2013) realizó un estudio teórico sobre la dependencia afectiva desde un enfoque cognitivo conductual en Barcelona España. Así obtuvo que las personas con rasgos dependientes presentes, muestran similitudes a los pacientes con adicciones en la expresión de la patología. Es este sentido, se aprecia que las personas con una pobre autovaloración, asumen papeles sumisos, con deseos excesivos de controlar permanentemente a la pareja.

Pérez (2010) descubrió las consecuencias de la dependencia emocional en la autoestima en mujeres con pareja. El grupo de estudio quedó constituido por 24 sujetos de sexo femenino, entre los 25 y 55 años, asistentes a consulta médica. La recolección de información se dio a través de instrumentos psicométricos (Inventario de Autoestima de Coopersmith y El Cuestionario de Dependencia Emocional), la entrevista clínica y la historia médica. Los hallazgos evidencian que el 71% de personas del estudio presentan un nivel bajo en su autoestima, mientras que dos tercios (75%) se ubica en la categoría elevada en

relación a dependencia emocional; la autora concluye que una baja autoestima se asocia a un mayor nivel de dependencia emocional.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Castillo (2016) investigó la relación entre la dependencia emocional, las estrategias de afrontamiento al estrés y la depresión en 126 mujeres víctimas de violencia de pareja que asistieron a una institución forense en la ciudad del norte, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 60 años. Para ello se usó el Inventario de Dependencia Emocional (IDE) de Aiquipa, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) de Moos y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), además de una Ficha Sociodemográfica e identificación de la Violencia. Los datos arrojaron asociación moderada negativa entre la dependencia y las estrategias de afronte por aproximación, y asociación positiva entre la dependencia emocional y estrategias de afronte por evitación; además de una relación de moderada a alta y positiva con la depresión; en relación a la depresión y las estrategias de afronte por evitación y aproximación, las correlaciones fueron positiva y negativa, respectivamente. Finalmente, se encontraron diferencias significativas en las variables de estudio según la dependencia económica y el número de denuncias de violencia de pareja.

León (2016) estudió la correlación entre el clima familiar y la depresión en personas privadas de su libertad, acusadas por delito de violación del Instituto Nacional Penitenciario (INPE). La muestra se constituyó de 61 miembros de un penal de Lima, de edades entre los 25 y 61 años, varones, además las variables fueron estimadas mediante la Escala de Clima Social Familiar (FES), y Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. De acuerdo a los resultados la autora concluye que hay asociación significativa entre el clima familiar y la depresión; así también dos (desarrollo y estabilidad) de las tres dimensiones del clima familiar correlacionaron con la depresión. En relación a los datos descriptivos de la depresión podemos observar que 9 de cada 10 reos presentan un nivel normal, mientras que un 8% y un 1.6% se ubican en las categorías ligeramente y moderadamente deprimido, respectivamente; por último, nadie presentó un grado severo en la sintomatología depresiva.

Camargo (2014) estimó la prevalencia de los síndromes psiquiátricos en reos mujeres primarios y reincidentes de sexo femenino en un penal de Arequipa, a través de la Entrevista

Neuropsiquiátrica Internacional. Así dentro de los resultados se observa que entre el 96.9%, 84.4% y 40% de las reclusas presentan episodios de depresión mayor, trastornos distímicos y riesgo suicida, respectivamente, este último factor asociado fuertemente a la depresión.

Anicama et al. (2013) estudiaron las características psicométricas de la Escala de Dependencia Emocional (ACCA) creadas para fines de la investigación en universitarios de Lima. La muestra estuvo conformada por 120 alumnos, varones y mujeres, pertenecientes a la Facultad de Psicología. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo por criterio de consistencia interna mediante los métodos de homogeneidad y dos mitades, mediante los estadísticos Alpha de Cronbach y la prueba de mitades de Guttman respectivamente, cuyos índices se ubican por encima 0.750, lo que indicó niveles óptimos de consistencia. En relación, a su validez se obtuvo validez de contenido, a través del criterio de jueces y el estadístico V de Aiken, además de la análisis ítem-test para lo que se halló el Coeficiente de Correlación Momento de Pearson, obteniéndose 42 de 54 ítems; luego se realizó la validez externa o de criterio correlacionando el ACCA con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, la Escala de Desordenes Emocionales (EPI), la Escala de Dependencia de Lemos y la Escala de Autoestima de Barskdale, corroborándose que el instrumento presenta validez externa pues se asoció de forma significativa a las pruebas. Finalmente se estableció los baremos generales y por áreas.

Espíritu (2013) estudió la dependencia emocional en mujeres víctimas y no víctimas de violencia en Chimbote. Para el análisis de datos los sujetos evaluados fueron 132, entre 18 a 40 años; para lo cual se aplicó el Inventario de Dependencia Emocional (IDE) de Aiquipa. La evidencia indica que los grupos muestran discrepancias en cuanto a la dependencia emocional, siendo el grupo violentado el que obtiene puntuaciones más elevadas; finalmente en relación a las dimensiones de la dependencia se observa que las áreas de miedo a la ruptura, prioridad de la pareja y subordinación y sumisión, 8 de cada 10 mujeres violentadas presentan niveles entre alto y muy alto.

Dasso (2010) relacionó los síntomas depresivos y las prácticas religiosas en reclusas del penal de mujeres de Lima, para lo cual se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y una adaptación al contexto penitenciario de la Escala de Prácticas Religiosas (Hamann 2003 véase Dasso 2010). Los datos analizados arrojan que la muestra evaluada

tiene niveles bajos de sintomatología depresiva y niveles elevados de prácticas religiosas, no hallándose correlación estadísticamente significativa entre ambos constructos.

2.2. Bases teóricas y científicas

2.2.1 Depresión

2.2.1.1. Definición

Las distintas investigaciones a nivel internacional reportan un aumento significativo de los desórdenes del estado de ánimo, específicamente de la depresión, empezándose hablar de la era de la depresión. Al parecer cada generación presenta mayores riesgos que la generación anterior de padecer depresión durante el curso de su vida; este trastorno adopta varias formas en función al contexto social y cultural de la persona que lo manifiesta, no se trata simplemente de una tristeza presente, esto se acompaña de desinterés, desaliento y una abrumadora desesperanza vital (Beck Steer y Brown2009).

Al respecto Barradas (2014) comenta que la sintomatología es variada y diferente, así como su etiología, por lo cual no existe una única y exclusiva definición. Para la autora la depresión se conceptualiza como un:

“Trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático” (p. 11).

Por su parte Hollon y Beck (1994), definen la depresión como el síndrome donde interactúan diversas esferas tales como la fisiológica, emocional, comportamental y cognitiva; siendo la base esencial del trastorno los pensamientos distorsionados o creencias erróneas al evaluar la realidad, desprendiéndose luego en una serie de sintomatología de diversos componentes.

Asimismo, vemos que para Mérida (2012) la depresión es una alteración afectiva del humor que incapacita al que la sufre, para disfrutar de las cosas de las que antes disfrutaba; caracterizada por sensación de inutilidad, culpa, abatimiento, desamparo y desesperanza

profundos. Esta tristeza sobrepasa los límites de la normalidad o de lo que ocurre ante el duelo por la pérdida de alguien muy cercano, la tristeza patológica no tiene un fundamento aparente, siendo severo y constante. Usualmente puede asociarse alteraciones en el sueño y la alimentación, carece de iniciativa, desinterés por las actividades propias y dificultad para disfrutar de actividades que antes lo hacía, tienden a autocastigarse.

Desde una perspectiva conductual Pérez (2014) señala que la depresión se entiende como la predominancia de consecuencias consistentes en reforzadores negativos (evitar algo desagradable, conseguir alivio, más que conseguir algo positivo), castigo o simplemente “nada”, sobre las consecuencias consistentes en reforzadores positivos. El autor agrega que cuando uno no está en condición deprimida, las actividades positivamente reforzadas y reforzantes predominan respecto de los reforzadores negativos, castigos o simplemente nada interesante.

Por otro lado, la visión cognitiva de la depresión, representado por Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery 2010; Dahab, Rivadeneira y Minici, 2009) se explica desde tres conceptos centrales: El primero es a través de la triada cognitiva, lo cual significa una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, dicho esquema hace que la persona se perciba incompetente e inservible, quizá despreciable o defectuoso. En cuanto al medio, percibe sus experiencias vitales como algo que no vale la pena, valorándolo como pérdida de tiempo, donde aparece la idea fija y está convencido que el futuro estará marcado por fracasos, sosteniendo una desesperanza y reforzando la idea que las situaciones futuras serán incontrolables, por lo que se muestra pasivo o resignado para cambiarlas. Los segundos conceptos son los esquemas y el último las distorsiones cognitivas.

Así Beck et al. (2010) describe a la depresión como una alteración del pensamiento, y el sujeto deprimido deforma la realidad, derivándose en un síndrome muy particular, de cambios objetivos y otros subjetivos, pero que en todo caso todos obedecen a tales errores de procesamiento de información, vale decir a los patrones cognitivos disfuncionales.

Otra definición que podemos observar es la realizada por Carrobbles (2014) quien refiere que la depresión clínicamente se identifica por un ánimo alterado, existiendo una

tristeza muy intensa o falta de interés por cualquier actividad que involucra a la persona, con un deterioro por la actividad física y fisiológica del sujeto deprimida, expresada en falta de energía y deseo sexual, alteración del apetito y sueño, con presencia de ideación y conducta suicida en cuadros severos.

Por su parte, según el CIE-10 (OMS, 2000) considera esta patología como un trastorno del humor, y considera que quien la padece sufre de una incapacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, déficit en su energía, lo que se traduce en disminución de la actividad y la queja constante de un cansancio exagerado, inclusive sin hacer el menor esfuerzo. Asimismo, son considerados signos y síntomas del cuadro depresivo:

- a)** Déficit de la atención y concentración.
- b)** falta de seguridad en su autoeficacia y sentimientos de ser inferior.
- c)** las ideas de culpa y de ser improductivo.
- d)** visión negativa del futuro.
- e)** ideación y comportamientos suicidas o de autolesiones.
- f)** Alteración del sueño y el apetito.

De acuerdo a esta última conceptualización se puede apreciar que los manuales de clasificación diagnóstica más usados (CIE-10 y DSM-5) definen la depresión como un trastorno o alteración del estado de ánimo, humor o afectivo, al igual que otros autores más actuales, esto se debe a que hacen una definición más descriptiva del cuadro; sin embargo cuando en la definición se inserta la etiología el concepto varía en su definición, tal es el caso de las posturas conductistas y cognitivas en su acepción del concepto.

Finalmente, Carroble (2014) manifiesta que la tristeza constituye uno de los rasgos centrales de este trastorno afectivo, el síntoma central en realidad para el autor. Esto hace notar un hecho fundamental al momento de realizar la conceptualización del caso, y es la diferenciación entre lo que se llama depresión normal o transitoria de la considerada propiamente clínica o patológica. Esta complejidad ha generado que diversos autores asuman dos posturas al momento de su definición: La primera es considerar la depresión como un cuadro cualitativamente diferente entre la depresión normal o transitoria y la clínica, esta posición tiene una visión clásica, un ejemplo de ello el Akiskal (1983, citado por Carroble 2014).

Sin embargo, en coincidencia con los datos empíricos existentes (Beck, 1995; Goldberg y Huxley, 1992) se va imponiendo progresivamente la segunda posición que postula la presencia de un único continuo entre la reacción depresiva considerada normal y la propiamente patológica. Por último, más allá del estado de ánimo depresivo como rasgo central, la presencia de los otros síntomas es necesarios y confirman el cuadro.

2.2.1.2 Síntomas y características clínicas de la depresión

Como se mencionaba en el anterior acápite el cuadro depresivo varía de persona en persona, tanto en la aparición de los síntomas como en su progreso a través del tiempo. En este sentido se puede hablar de episodios, como al momentáneo, con inicio y fin conocidos, mientras que en otros casos se trata de un estado de síntomas permanentes, estables y recurrentes en el tiempo. Otro aspecto que es variable es la intensidad del cuadro, a veces por un extremo tenemos cuadros leves y en el otro extremo paciente graves, donde un indicador de dicha severidad es la aparición de conductas o ideación suicida, generalmente estas personas probablemente presenten un síndrome depresivo explícito (conjunto de signos y síntomas).

Desde la perspectiva de los síntomas y signos que presentan las personas depresivas, Dubovsky (1990) observa un patrón de síntomas y signos simultáneos (véase de forma resumida en Tabla 1), que son sintetizados en cinco aéreas, mientras que Moreno y Blanco (2004) divide los síntomas en principales y secundarios.

Así entonces, de acuerdo a lo propuesto por Dubovsky (1990) el patrón de síntomas y signos de la depresión queda descrito y resumidas en cinco áreas:

a) Síntomas Anímicos

La alteración emocional esencial en esta patología es el sentimiento de tristeza, sin embargo, la clínica muestra que la tristeza puede estar enmascarada en una predominante irritabilidad, como alteración del humor esencial, cabe mencionar que esto suele darse más entre niños y/o adolescentes, no es exclusivo de estos grupos etarios; asimismo suele estar acompañado de pesadez o sentimiento de infelicidad, nerviosismo y sentimientos de vacío. De acuerdo a los niveles de intensidad se sabe que en algunos casos extremos el paciente no reconoce el estado de tristeza por el que pasa, manifestando la dificultad para expresar sus

emociones, en tales casos de severidad es entendible que verbalicen su imposibilidad por llorar (Manrique 2002, citado por Cachay, 2007).

b) Síntomas motivacionales y conductuales

Dentro de los síntomas más resaltantes uno de los que trae mayor malestar y dolor en los pacientes con depresión es el estado de abulia, donde el nivel actividad se dirige al retraimiento y la inhibición. A esto se le une la falta interés y motivación, así como la pérdida o disminución significativa de la capacidad para disfrutar, todo en conjunto sumado al ánimo bajo (tristeza) es el cuadro primordial de los estados depresivos.

Frente a la evaluación de estos cuadros psicopatológicos podemos encontrar pacientes con un enlentecimiento total, de todo el cuerpo, el lenguaje, gestos, y ausencia de interés o deseos por algo, en estos casos estamos frente a una forma grave, llegando al estupor depresivo, el cual suele ser comparado con el estupor catatónico de los cuadros de esquizofrenia, donde se llega al mutismo y la inactividad absoluta (Vásquez y Sanz, 2009, citado por Castillo 2016).

c) Síntomas cognitivos

El procesamiento de la información y la interpretación de la realidad se encuentran distorsionada. Es así que procesos cognoscitivos básicos del funcionamiento psicológico se hallan alterados a la valoración de los mismos, estos pueden ser la capacidad mnésica, la atención y concentración, los mismos que pueden limitar su rendimiento en actividades rutinarias, sobre todo cuando el grado de afección es radical. Por otro lado, al déficit de estos procesos formales, también tenemos que el contenido de los pensamientos en sujetos deprimidos se encuentra perturbados, y en este tipo de cuadros estos contenidos se caracterizan por presentar una evaluación propia, del contexto y el futuro usualmente negativa, crítica y desesperanzadora, donde la culpa y el desprecio por su vida e integridad, la pérdida de autoestima y autoeficacia parte esencial del contenido de los pensamientos en personas con este cuadro; por último las ideas de contenido suicida suelen estar presentes (Salas, 2001; véase Cachay, 2007).

d) Síntomas físicos

Estos signos suelen ser de alarma y la evidencia para el entorno social inmediato que la persona necesita atención especializada por profesionales, estos signos producen una serie de cambios que alteran el ritmo de vida de la persona haciéndose notorio para el propio paciente y los demás. Una alteración en la función del sueño es característico, siendo el insomnio el más habitual, ya sea que se manifiesta antes, al inicio o durante el sueño; otra alteración física típica es la abulia, alteración del apetito, tendencia al aislamiento y la inactividad, déficit en el deseo sexual, llegando incluso a presentar disfunciones sexuales. Por otro lado, las personas con depresión suelen manifestar quejas somáticas no muy claras tales como cefaleas, dolores musculares, arcadas, regurgitaciones y/o vómitos, alteraciones en el aparato digestivo, entre las más conocidas estreñimiento o diarreas, etc. Manrique (2002, véase Cachay, 2007) agrega que los síntomas físicos pueden considerarse como el límite entre una depresión leve y una moderada o severa, el indicador para acudir a la consulta o no.

e) Síntomas interpersonales

Las personas en estado depresivo tienden al aislamiento, viéndose deteriorada su esfera social, siendo esto un síntoma típico en esta patología psicológica. Tal es así, que un 70% de pacientes refiere haber perdido su deseo de socializar e interactuar en sus grupos sociales naturales (Beck, 1976; citado por Cachay, 2007). Por lo tanto, sería interesante explorar esta área, ya que puede ser un buen predictor del curso de la depresión.

Por su parte, Moreno y Blanco (2004) manifiesta que la depresión tiene los siguientes síntomas, agrupándolos en principales y secundarios:

a. Síntomas Principales

1. Estado de ánimo disfórico (melancolía)

- Sentimientos o muestras de tristeza, soledad, infelicidad, desesperanza.
- Cambios de humor
- Irritabilidad, se enoja con facilidad.
- Labilidad emocional, llora fácilmente.
- Negativismo, todo le parece mal, nada le agrada o complace.

2. Ideación autodespreciativa

- Sentimientos de ineficacia, autovaloración negativa, culpa (concepto negativo de uno mismo).
- Ideas de persecución.
- Ideación suicida.
- Deseo de huir, de escaparse de casa.
- Comportamientos suicidas.

b. Síntomas Secundarios

1. Conducta agresiva (agitación)

- Problemas en la interacción social.
- Predisposición a los conflictos.
- Oposicionismo.

2. Alteraciones del sueño

- Problemas para conciliar el sueño.
- Sueño alterado (se despierta a cada momento).
- Problemas para continuar el sueño (se despierta y le cuesta volver a dormir).
- Dificultad para despertar por la mañana.

3. Cambios en el rendimiento escolar

- Bajo rendimiento académico, y problemas de conducta en clase.
- Falta de esfuerzo usual para hacer tareas escolares.
- Pérdida del deseo para actividades extra académicas.

4. Socialización disminuida

- Disminución de la colaboración en grupo
- Déficit en la empatía y asertividad.
- Aislamiento Social.
- Pérdida de los intereses sociales habituales.

5. Cambio de actitud hacia la escuela

- Pérdida de placer en actividades escolares
- Negativa o rechazo a ir a la escuela.

6. Quejas Somáticas

- Cefaleas.
- Dolor abdominal.
- Preocupaciones o quejas somáticas diversas o difusas.

7. Pérdida de la energía habitual

- Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares.
- Abulia, apatía, fatiga física o mental.

8. Cambios en el apetito y/o en el peso habitual

Por último, se presenta un resumen del cuadro depresivo, resaltando sus principales signos y síntomas, tomado de Vallejo (1998), agrupados en 5 áreas principales de funcionamiento de la persona.

Tabla 1

Síntomas de la depresión

<i>Síntomas</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Síntomas</i>
<i>Anímicos</i>	<i>Motivacionales</i>	<i>cognitivos</i>	<i>Físicos</i>	<i>Interpersonales</i>
	<i>y conductuales</i>			
Tristeza	Apatía e indiferencia	Monotemático negativo	Insomnio hipersomnia	Aislamiento social
Ansiedad	Hipotonía general	Pérdida de la autoestima	Trastornos digestivos	
Irritabilidad	Abandono personal	Ideación suicida	Alteración del apetito y peso	
Anestesia afectiva	Intentos de suicidio	Ideas de culpa	Algias	
		Déficit de atención y concentración	Disfunciones sexuales	

2.2.1.3 Etiología en la depresión

Cuando se habla de la etiología de la depresión hablamos de una multicausalidad, ya que son diversos los factores interactúan para dar inicio y curso un trastorno depresivo, por lo que algunos autores hablan de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores (Zavaleta, 2015). Al respecto, Zandio, Ferrín y Cuesta (2002) manifiestan que en décadas pasadas únicamente se consideraba el funcionamiento del sistema nervioso central, específicamente la interacción de neurotransmisores y sus posibles alteraciones o los receptores de los mismos, siguiendo el modelo médico; más bien esta parece ser el resultado de una combinación de distintos niveles y sistemas tanto nervioso como endocrinos e inmunes, e inclusive celulares, moleculares y genéticos. Para los autores desde esta perspectiva se puede entender de forma más clara los síntomas de la depresión y muchas de sus alteraciones neurobiológicas.

No obstante, esto no llega a explicar todos los tipos de depresión, por lo cual no llega a ser suficiente, y una vez más se habla de multicausalidad en la depresión. En este sentido, autores como Mérida (2012), Moreno y Blanco (2004) mencionan factores sociodemográficos, biológicos, psicológicos y ambientales entre los componentes que pueden intervenir en la génesis, evolución y sostenimiento del cuadro afectivo. Por ello a continuación se enumera y describe de forma breve los distintos factores etiológicos.

a) Sociodemográficos:

- El sexo: para los autores el ser mujer incrementa el riesgo de padecerlo, ya que es más usual en ellas, con independencia del país donde se realice la observación. Parece ser que una serie de factores contextuales tales como la convivencia, el estar embarazada y dar a luz, educar a los hijos, tener un trabajo independientemente de los quehaceres de la casa, y desesperanza aprendida en el trascurso del desarrollo de la vida, aumentan el riesgo de padecer depresión en la mujer.
- La edad: No hay un punto de corte en cuanto a la edad de las personas, pues se sabe que la depresión puede hallarse a en cualquiera de las etapas de desarrollo, sin embargo las estadísticas revelan que en entre la cuarta y quinta década de vida el diagnóstico se hace más frecuente.
- El estado civil: El matrimonio es un factor de protección, más para el hombre, en tanto, la mujer en una relación de pareja íntima estable suele estar más protegida, lo contrario

incrementa los casos de depresión en ellas. Mérida (2012) comenta que un estudio reciente apoya lo antes mencionado, pues hallaron que los hombres casados presentan menos problemas de disfunción eréctil, que los solteros, separados o viudos; sin embargo, en las mujeres casadas se aprecia la misma proporción de problemas sexuales que las mujeres no casadas o en pareja, por lo que no actúa como factor protector en ellas.

- La clase social: Aún presentar necesidades materiales básicas, es una condición que afecta en el desarrollo del cuadro anímico, no obstante, no se ha encontrado una asociación positiva directa entre la depresión y nivel socioeconómico. Sin embargo, esto puede estar cubierto por la propia necesidad y prioridad de cubrir necesidades primarias, es así que las personas con menores recursos económicos atienden primero lo material o la salud física si es de gravedad, dejando de lado la salud psicológica, o para última instancia, por lo que puede estar infravalorados los casos en este estrato socioeconómico.
- La sociedad: La dinámica actual de una sociedad que vive superficialmente, donde el éxito es sinónimo de quien consume y tiene más dinero, tornándose competitiva y hostil, facilita o se vuelve un factor estresante y de riesgo para la aparición de un cuadro depresivo; si a ello le agregamos que las personas hoy en día tienden a aislarse más, producto de las propias tecnologías, disminuyendo sus fuentes de apoyo social, además de la falta de valores y principios, a cambio del placer e inmediatez, donde el objetivo final es ser feliz, no habiendo espacio para el malestar las dificultades pues eso es sinónimo de fracaso, todo ello provoca una sensación de insatisfacción y no tener claro el proyecto de vida que deseamos, lo cual se vuelve en factores de riesgo para la aparición del cuadro.

b) Biológicos

- La genética: Existe una vulnerabilidad biológica para distintas patologías, esta se transmite dentro de las generaciones en la familia, y la depresión no es la excepción, lo que denota un componente genético como factor de etiología en caso se compruebe en familiares con vínculo sanguíneo. En este sentido, se dice que, las personas que presenten padres que hayan padecido algún desorden afectivo importante el riesgo de sufrir depresión es del 15%, frente al uno o dos por ciento de posibilidades en las personas sin familiares con esta condición. Se ha comprobado que la herencia

desempeña un importante papel en la predisposición a sufrir estos trastornos depresivos, pero en general se habla de vulnerabilidad, es decir, aunque estas personas tengan más facilidad que otras de caer en una depresión, no todos los descendientes la padecerán. No obstante, algo contradictorio es que la depresión aparece en individuos sin historial clínico de trastornos afectivos, por otro lado, no siempre que existe el antecedente familiar tienen que desarrollar el trastorno, aunque las probabilidades sean más altas que en familias sin estos antecedentes. Finalmente, la investigación ha demostrado que existe una predisposición genética para la depresión, donde la participación de varios genes interactúa con factores contextuales, por lo que la influencia entre ambos es inminente.

- Salud en general: Se puede decir que la pérdida de la salud puede influir en la aparición de un cuadro depresivo, sobre todo cuando hay enfermedades crónicas, degenerativas o terminales, además el tratamiento, ya sea por el uso de fármacos o por el tipo y consecuencia que trae consigo, también puede aportar al cuadro afectivo, siendo factores muy recurrentes.
- Neurotransmisores cerebrales: En el caso de la depresión, se han hallado alteraciones en estas sustancias que es preciso corregir, como por ejemplo las catecolaminas (serotonina y noradrenalina), las cuales pertenecen al tipo de depresión endógena. A mediados del XX comenzó a realizarse estudios sobre los antidepresivos tricíclicos que operaban sobre la noradrenalina, a nivel de sistema nervioso central, incrementando los comportamientos, de modo que trabajaba como estimulante, efecto opuesto a la depresión, por ello su estudio y búsqueda de evidencia en los inicios del tratamiento de la depresión, es aquí donde empieza una línea de investigación sobre la medicación. En cuanto a la serotonina y su implicación en la depresión, su estudio fue posterior a la de la noradrenalina, existiendo también probablemente otros químicos que pudieran estar asociados. En tanto, se sabe que la alteración de tales neurotransmisores es producida por diversos factores tales como alteraciones estructurales del SNC, vulnerabilidad genética o desórdenes del sueño.
- Anomalías Hormonales: Existen algunas hormonas relacionadas a la depresión, en caso de las mujeres es posible que los estrógenos y la progesterona participen en el desarrollo de la depresión cuando sus valores se encuentran alterados. Similar situación se observa en hormonas del crecimiento y el estrés, al parecer desbalances en estos agentes químicos influye en la aparición de la depresión.

c) Psicológicas: Algunas características en la personalidad incrementan el riesgo para desarrollar distintas alteraciones emocionales entre ellas la depresión, en este sentido podemos hablar de un bajo autoconcepto y pobre autoeficacia, déficit en su seguridad, pobres niveles de asertividad, así como elevadas expectativas de los demás como para sí mismo. Por otro lado, los esquemas mal adaptativos de la infancia suelen asociarse a depresiones tempranas y las cuales tienden a ser más permanentes a lo largo del tiempo; asimismo una relación ambivalente o negativa con las figuras parentales significativas con la que crecimos facilitan un desprecio de la propia persona, desarrollándose un pobre autoconcepto, así a nivel social suelen percibir un entorno amenazante y negativo, todo ello facilita sentimientos de desaprobación para consigo mismo, donde la valoración de la propia imagen es de censura. Al respecto Beck (1995) comenta que su percepción de la realidad suele estar distorsionada, interpretando eventos neutros como perjudiciales o amenazantes, validando la perspectiva negativista de su entorno.

d) Ambientales

- El empleo: La remuneración es una parte fundamental para poder cubrir las necesidades básicas, cuando esto no se puede darse genera una preocupación, sin embargo en algunos casos esta diferencia es muy grande multiplicándose los estresores y el riesgo de que el ánimo se altere; asimismo, el cese del trabajo es un evento que correlaciona con el aumento de sintomatología depresiva, para ambos sexos; no obstante quienes tengan consolidadas redes de apoyo social, este riesgo disminuye.
- Experiencia de vida: Otro factor a tener en cuenta son las experiencias traumáticas pasadas a edades muy tempranas, la infancia o niñez para ser más preciso, este tipo de eventos generalmente se suelen reactivar cuando no han sido superados, produciendo una gran reactividad emocional, un ejemplo de ello es la pérdida de seres queridos o la separación de los mismos. Por otro lado, la vivencia de eventos en etapas posteriores de magnitud traumática tales como abuso sexual, asaltos, pérdidas de familiares, economía en crisis, son componentes en la vida diaria que aumentan la posibilidad de desencadenar síndromes depresivos.
- Alteraciones socioculturales: El actual ritmo de vida y los ideales de éxito que hoy impone la sociedad, lleva a una exigencia al límite, donde se premia al individualismo y la productividad, antes que, al colectivo y al aprendizaje, reforzándose así valores superficiales y externos, como es el culto a la belleza. El error no es permitido, pues es

visto como fracaso, la tristeza y el dolor son rechazados, solo se permite la felicidad y lo positivo, cuando en realidad todo ello es parte de la experiencia, marcando un prototipo de perfección, favoreciendo sentimientos de insatisfacción e inadecuación continua al no alcanzar al ideal de éxito; es decir los modelos o estereotipos de vida que nos impone la cultura es un factor en cuenta para incrementar el riesgo a la depresión.

2.2.1.4. Clasificación y tipos de depresión

Carrobles (2004) destaca la dificultad y confusión al momento de realizar el diagnóstico de la depresión, con otros estados y características psicológicas no necesariamente patológicas, por ello es preciso no olvidar que la tristeza es una emoción, mientras que la depresión se considera un desorden del humor.

En este sentido, Londoño y González (2016) sostienen que la clasificación más aceptada actualmente son las realizadas por la clasificación nosológica como trastorno psicológico que obedecen a un cuadro psicopatológico de síntomas característicos que definen el desorden. Cabe mencionar, que han sido los sistemas de clasificación internacionales de enfermedad las que tienen más uso y vigencia al momento de realizar un diagnóstico y clasificación, CIE-10 (OMS, 2000) y el DSM-5 (APA, 2013).

Carrobles (2014) nos comenta la controversia que se ha generado a lo largo de la historia de la clasificación de la depresión, surgiendo un sinnúmero de categorías clasificatorias diferentes. Así tenemos una primera distinción dicotómica, basada en su supuesta etiología, es la establecida entre una depresión endógena (supuestamente atribuible a causas biológicas) y una depresión reactiva (de naturaleza supuestamente psicológica o psicosocial). Los datos empíricos actuales existentes no avalan esta clasificación, sin embargo, en ambas clasificaciones dadas en la historia clínica, suelen encontrarse factores estresantes precipitantes de los episodios depresivos. Otra propuesta de clasificación clásica es la depresión psicótica y neurótica, la cual tampoco puede sostenerse, salvo en caso de trastornos afectivos acompañados de síntomas psicóticos tales como delirios y alucinaciones.

Una última clasificación que vale la pena mencionar con respecto a los trastornos del estado de ánimo es la establecida entre un trastorno unipolar y un trastorno bipolar. Esta

clasificación se centra en la presencia de la sintomatología diferencial entre los pacientes con un claro trastorno depresivo (unipolar) de aquellos que presentan, alternativamente al episodio depresivo, también episodios maníacos (Carrobbles 2014), estos últimos son denominados trastornos bipolares.

Como se mencionaba anteriormente la clasificación más aceptada en la actualidad de los trastornos mentales es la del DSM-5 (APA, 2013), para algunos autores este sistema de clasificación es más específico y más empírico y operativiza los criterios diagnósticos sobre los que se sustentan, de igual modo, pero con algunas diferencias se encuentra el CIE-10 (OMS 2000). De esta forma la Tabla 2 muestra cómo se clasifica la depresión de acuerdo a lo señalado por los manuales de clasificación diagnóstica internacional.

Finalmente, una posición que aún se encuentra en investigación y está tomando mayor fuerza y contraste empírico es la característica de la depresión como un trastorno dimensional, no categorial, lo cual implica un continuo de la depresión de formas más leves por un lado como la personalidad depresiva y en el otro extremo más grave el trastorno depresivo mayor (Agudelo, Donald y Buela Casal, 2007).

Tabla 2

Clasificación de la depresión según los sistemas diagnósticos DSM-5 y CIE-10

<i>Trastornos depresivos</i>	
<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
- Trastorno depresivo mayor (episodio único o recurrente).	- Episodio depresivo
- Trastorno depresivo persistente (distimia).	- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.	- Distimia: trastorno del humor persistente
- Trastorno disfórico premenstrual.	- Trastorno depresivo no especificado
- Otros trastornos depresivos especificados y no especificados.	

2.2.1.5 Consecuencias de la depresión

Dentro del lenguaje técnico en la psicoterapia se menciona la presencia de la triada cognitiva en las personas con depresión, es decir que frente a la evaluación u observación de estos cuadros encontraremos usualmente pensamientos de infravaloración y/o negativos de sí mismo, del presente y futuro, aumento una visión desalentadora de la vida en general. Como se mencionaba con anterioridad existe una alteración de las funciones superiores formales (atención, concentración, memoria, etc.), así como en la toma de decisiones, pues la autoestima se afecta significativamente. Asimismo, cuando el cuadro suele empeorar el paciente manifiesta sentimientos de inutilidad y desesperanza, algunos llegan a pensar que la única salida es la muerte y no tiene mucho sentido vivir una vida en esas condiciones, por lo que estamos frente a la ideación suicida, predisponente para los actos propiamente dichos, el cual termina siendo la salida y punto final que genera un malestar altamente significativo en la persona, más aún si no ha tenido el abordaje apropiado y la familia no ha entendido que va mucho más allá que solamente fuerza de voluntad, pues están frente a un trastorno de magnitudes mortales.

Así también esta alteración afectiva impacta en el funcionamiento de nuestro cuerpo encontrándose sintomatología fisiológica como la alteración de la función sueño-vigilia, oscilaciones en el apetito, por ende también del peso, la tendencia es ir hacia los extremos,

que suele presentarse más como anorexia, aunque no es la norma; a su vez la sensación de cansancio y agotamiento, sin hacer mucho esfuerzo es otro síntoma fisiológico, llegando a afectar la esfera sexual, por la falta de interés sexual.

Por parte, Mérida (2012) menciona que la depresión, trae aún varias otras consecuencias, a saber, y las clasifican en:

- Desequilibrio psicológico
- Sintomatología ansiosa, llegando hasta presentar trastornos de ansiedad, como fobias o ataque de pánico
- Desajuste conductual
- Comportamientos imprudentes
- Produce fracasos en todas las áreas de la vida
- La autoestima disminuye de forma alarmante, mostrando comportamiento autodestructivo.
- Favorece comportamientos obsesivos.

En tanto para distintas personas que padecen depresión, se asocia a la misma los siguientes comportamientos o situaciones, atribuyéndose responsabilidad al cuadro depresivo:

- Tendencia al retraimiento
- Evidencia desconfianza, miedo al contacto por aparente agresiones o desprecio que puede ser víctima.
- Fatiga y desinterés, sin hacer mucho esfuerzo o actividad.
- Centrado o atento a más emociones desagradables (ansiedad, cólera, tristeza) que a las positivas (afecto, placer, alegría),
- Irritabilidad
- Inestabilidad psicológica
- Envenena al pensamiento
- Rechaza el apoyo
- Torna a la persona despiadada, rencorosa
- Evidencia desesperanza
- Inestabilidad emocional
- Predispone a una serie de enfermedades o aumenta el riesgo de sufrirlas.

De esta manera se puede observar que este cuadro psicopatológico si no se busca la intervención más idónea, es decir eficaz y eficiente, con evidencia empírica que la respalde, conllevará a repercusiones severas, las cuales aún pueden agravarse hasta llegar a contemplar la muerte como una solución. Una de estas consecuencias en este estado anímico es el retraimiento paulatino de los grupos sociales de referencia (familia, pareja, amigos, trabajo, etc.) enfatizándose la desesperanza y que no hay solución, ni nadie nos podrá ayudar (Mérida 2012).

2.2.1.6 Teorías y modelos explicativos de la depresión

Los diferentes enfoques explicativos actuales de la depresión intentan dar un tratamiento con base en evidencia científica respecto a su utilidad para intervenir en el cuadro. Winokur (1997, citado por León, 2016) ha propuesto que la depresión unipolar presenta un conjunto de factores que favorecen su génesis y desarrollo, destacándose por vasto conjunto de signos y síntomas, que no necesariamente se presentan en todos los casos. Esto trasciende la práctica clínica y al momento de explicar la depresión no existe un solo modelo, más bien se aprecia un número considerable de teorías que intentan explicar la variabilidad de la depresión; cabe decir que estos postulados cuentan con mayor o menor evidencia empírica.

En relación a la intervención actualmente la terapia cognitiva conductual presenta la mayor muestra de eficacia, así como una de las terapias contextuales, la activación conductual, razón por lo cual se describirá de forma breve los modelos de aplicación más usados (Korman y Sarudiansky, 2011).

Teorías conductuales de la depresión

La base de la terapia de modificación de conducta son los resultados hallados producto de la psicología experimental, extrapolando sus resultados al comportamiento humano, donde las variables primordiales son las determinantes actuales del comportamiento, y la historia de aprendizaje es tomada en cuenta como referencia. En este sentido la teoría de la conducta explica la depresión como la ausencia de reforzadores positivos del ambiente en el comportamiento de la persona, y que más bien son más frecuentes las interacciones negativas entre el sujeto y su medio. Así se habla de una

interacción mutua entre sujeto y contexto, donde dicha relación establecida tiene la propiedad de influir en la conducta, emoción y pensamiento (León, 2016).

Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977, citado por Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000) buscó reunir tanto características conductuales como cognitivos del cuadro, para así formular un modelo de autocontrol para intervenir en la depresión. Este modelo marca y se centra en una serie de procesos tales como el logro gradual de la conducta objetivo, autoregulación del refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual.

Así mismo, para este modelo de entrenamiento en la propia regulación del control la depresión se explica por el resultado negativo de la asociación entre los procesos de recompensa y castigo (Rehm 1977, citado por Vásquez et al. 2000); en este punto el modelo de autocontrol se enfoca en lo que aporta el paciente depresivo en esta relación negativa mediante sus respuestas motoras y cognitivas, además asume un perfil para el paciente que padece del trastorno, donde los rasgos perfeccionistas, la puesta de metas irreales o muy elevadas, sobrevaloración de eventos negativos de su contexto, predominando la aplicación de castigos, donde su frecuencia es elevada, mientras que los reforzadores son aislados y eventuales. La teoría busca explicar que debido a las distorsiones cognitivas, se van formando ideas erróneas respecto a las expectativas y de las propias estrategias de evaluación, pues la categorización selectiva, el procesamiento y evocación de los eventos desfavorables, dado este sesgo, aumentan las probabilidades, en la persona deprimida, de autocastigarse

El modelo de Nezu

Otro modelo que explica la depresión y propone una intervención específica es el desarrollado por Nezu y Peri (1989) quienes propusieron que el punto central para el inicio y desarrollo del cuadro depresivo viene a darse cuando las personas muestran poco desarrollada o ineficacia en las habilidades para solucionar problemas. En este punto, Nezu y Peri (1989) han observado que distintos trabajos en esta área han demostrado que la falta o déficit de habilidades en solución de problemas se relaciona con la sintomatología depresiva, en menores y adultos. Además, la solución de problemas es una habilidad que tal

vez podría estar inmersa en la mediación de la asociación entre el estrés y la depresión (Nezu y Ronan 1989).

Esta habilidad al parecer actúa como un parachoques para atenuar los efectos de experiencias estresantes que son valoradas como negativas, así también modera la relación entre el estilo atribucional negativo y la depresión; de esta forma los autores comentan que un solucionador ineficaz de problemas terminaría probablemente deprimido, debido al resultado de carencias de algunos de las habilidades específicas que enmarca el buscar soluciones, desde el tipo de orientación del problema que uso, es decir si veo inicialmente la cuestión como algo manejable o lo sobredimensiono y considero que escapa a mis habilidades de afronte, hasta la puesta en marcha del plan que hice para solucionar la situación estresante. Al respecto Nezu (1987) considera que al hacer frente a un evento negativo o desagradable de la vida diaria o evento inusual y no vamos generando una solución o al menos una idea de cómo lo vamos a resolver, es en este momento donde se empieza a gestar la depresión, pues nos anticipamos a las posibles consecuencias negativas que se vendría producto de no solucionar eficazmente el problema.

La Teoría Cognitiva de Beck

Beck (1963, citado por Beck et al., 2010) destacó que los aspectos cognitivos de la depresión en su opinión, serían la base de los trastornos del ánimo. El autor sugiere que las experiencias negativas en la historia del sujeto proporcionan la base o reforman esquemas cognitivos, que pueden permanecer inactivos por un tiempo, pero que, ante una nueva experiencia traumática, el sujeto se percibe desgraciado, lerdo, sin valía, se subestima, crítico consigo mismo en función a todas estas características que se ha ido atribuyendo. La visión del mundo es negativa, catastrófica, donde constantemente está pasando por obstáculos insalvables, experimentando frustración constantemente; así el futuro es preocupante o amenazante, solo espera frustraciones y penurias constantemente.

Frente a determinados eventos que la persona afronta, comienza a procesar la información en cogniciones, para lo cual empieza a funcionar los esquemas previamente concebidos. Cabe mencionar que tales esquemas se activan frente a hechos particulares condiciona la forma de actuar de la persona, dando respuestas automáticas, además le resulta complicado usar esquemas más ajustados a la realidad o más adecuados. Existe una relación

positiva entre la depresión y los pensamientos catastróficos, pues en la medida que se agrava los cuadros estos últimos se vuelven más recurrentes y gobiernan los contenidos de las ideas; así se puede llegar a un momento en que tales pensamientos vienen de manera intrusiva y abrupta de forma repetitiva, dificultando la concentración en actividades externas o la activación de procesos psicológicos voluntarios, pues prima la introspección o rumiación.

Los sesgos cognitivos que se observan en las personas con cuadros depresivos sostienen las creencias de incapacidad e inutilidad que perciben de sí mismos, a pesar de que la realidad indica lo opuesto. En este punto, cuando se habla de pensamientos automáticos o distorsionados, se habla de ideas irreales, que al ser contrastados con la evidencia o realidad no tienen sustento, y facilitan la aparición de emociones desagradables, que no guardan relación con el evento que las ha precipitado. Así se enumeran diez tipos de distorsiones cognitivas:

- ✓ Pensamiento todo / nada
- ✓ Filtro mental
- ✓ Descalificación de lo positivo
- ✓ Conclusiones apresuradas
- ✓ Magnificación o minimización
- ✓ Razonamiento emocional
- ✓ Enunciaciones “debería”
- ✓ Etiquetación
- ✓ Personalización

Asimismo, Beck (1995) señaló cuatro clases de síntomas para el trastorno depresivo en personas mayores:

- a)** Afectivos: labilidad emocional, cambio de humor, llanto, desinterés, sentimientos de soledad.
- b)** Cognitivos: Pobre concepto de sí mismo, autocrítico, culpa, problemas en la toma de decisiones y desesperanza.
- c)** Motivacionales: Tendencia a huir (evitación/escape), pasividad, tendencia al aislamiento.
- d)** Vegetativos y psicomotores: alteración del sueño y la alimentación, y molestias físicas.

De acuerdo a los estudios sistematizados y la evidencia empírica que se ha ido acumulando, la depresión es explicada en base a componentes psicológicos bajo tres conceptos fundamentales (Beck et al 2010):

- Tríada cognitiva
- Esquemas
- Sesgos cognitivos o errores en el procesamiento de información.

a) Tríada cognitiva

Cuando las personas se encuentran en un estado depresivo se ha constituido la triada cognitiva, lo cual evidencia la presencia de tres rasgos distintivos en la interpretación de la persona: De sí mismo, su futuro y sus experiencias.

- Visión negativa acerca de sí mismo. Al padecer este trastorno la persona minimiza sus capacidades habilidades, criticándose y adjudicándose características negativas que confirma su autodesprecio e inutilidad.
- Interpretación negativa de sus experiencias. La realidad es observada de forma temerosa y angustiante, pues percibe al mundo como un lugar peligroso, duro, lleno de dificultades muchas de ellas sin solución, además de sentir que es muy exigente.
- Visión negativa acerca del futuro. La anticipación que los problemas continuaran, y que el sufrimiento se mantendrá sostenidamente, a pesar de los esfuerzos que haga, es parte del cuadro, así se refuerza aún más la desesperanza en estas patologías.

b. Esquemas

Muchas veces el entorno o las personas que ven desde fuera el trastorno se cuestionan porqué estos pacientes continúan con actitudes que son nocivas para ellos mismos, que prolongan su sufrimiento, y más bien rechazan factores que suman a su bienestar y salud, pues el concepto de esquemas explicaría esta tendencia.

Los acontecimientos están cargados y se componen por una serie variada de estímulos, así los sujetos atienden selectivamente a estímulos definidos, juntándolos, lo cual termina en una idea de la situación. Esta selectividad es denominada sesgo, y es propia en cada persona, y determina la consistencia en las conductas o respuestas. Cuando hacemos uso del término

esquema nos referimos a determinados rasgos cognitivos relativamente estables que componen los cimientos de la regularidad de las interpretaciones respecto de una serie de situaciones. De esta manera, los esquemas influyen en la persona en cómo interpreta y estructura diversas experiencias; cabe mencionar que estos patrones cognitivos podrían estar inactivos por un buen periodo de tiempo, y activarse bajo un contexto particular, un ejemplo de ello puede ser los esquemas asociados a la relación de pareja, probablemente se han ido creando y desarrollando desde edades tempranas y se activan en la adolescencia o juventud. Como se mencionaba en párrafos anteriores a depresión sostiene una asociación positiva con los pensamientos negativos, pues ante una depresión leve, la persona aún puede sostener cierta imparcialidad al contemplar sus ideas negativas. Por el contrario, en los casos de mayor severidad, las cogniciones están impregnadas de pensamientos negativos, reiterativos que son valorados como una realidad, dificultando el normal desenvolvimiento de actividades cotidianas tales como el trabajo, la práctica del deporte, pasar tiempo con la familia, etc.

a. Errores en el procesamiento de información

Las personas con depresión presentan sesgos o distorsiones cognitivas, las mismas que validan su idean de contenido depresivo, dentro de los errores sistemáticos usualmente encontrados por diversos autores expertos en el campo tenemos a:

- Inferencia arbitraria: Se da cuando se produce una conclusión respecto de una situación si tener mayor información evidencia que respalde tal conclusión.
- Abstracción selectiva: Se da cuando solo abstraemos solo una característica o algunas pocas de la situación y la sacamos de contexto, obviando otras peculiaridades que tienen mayor importancia en el evento, formándose una idea de toda la situación en función a algunos hechos puntuales.
- Sobre generalización o generalización excesiva: Se produce cuando en base a algunas situaciones o casos particulares o algún hecho puntual se forma una conclusión o regla que se emplea la regla para situaciones asociadas o inclusive a hechos sin la mayor relación.
- Maximización y minimización: Es la magnificación de alguna circunstancia o evento, se tiende a distorsionar la magnitud real de lo sucedido sea para quitarle importancia o para aumentarle, en ambos casos es desproporcionado y se sale de lo objetivo.

- Personalización: Tendencia a atribuir a si mismo fenómenos externos cuando no existe base firme para tal conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico: Solo existe dos posibles alternativas ambas mutuamente excluyentes para responder ante diversas experiencias, por ejemplo todo o nada, bien o mal, siempre o nunca, etc.
- Razonamiento emocional.
- Etiquetamiento.

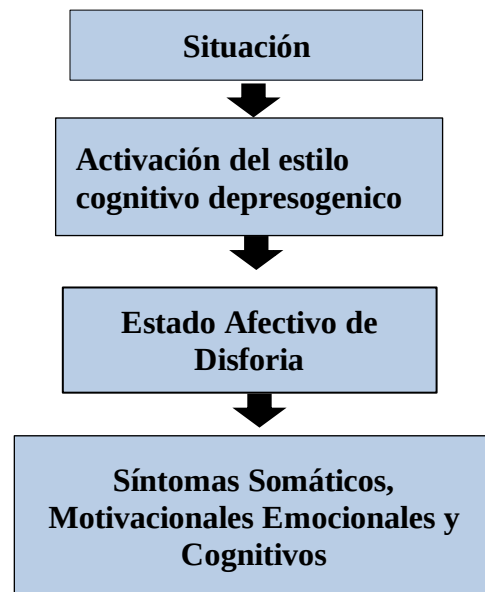


Figura 1. Esquema del modelo Cognitivo de la Depresión Beck (1964)

Beck (1995) cree que las experiencias negativas de una persona le polucionan estilos cognitivos alterados que hacen que se vea en forma negativa a sí mismo, a sus experiencias y el futuro (triada cognitiva). El sujeto comete errores lógicos de procesamiento de la información que le llevan, a su vez a un estado de baja autoestima y a una experiencia de desesperanza.

2.2.2 Dependencia emocional

2.2.2.1. Definición

Castelló (2005) define la dependencia emocional como “una necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones” (p. 57).

En esencia esta definición hecha por Castelló (2005) resume el problema en cuestión, donde se observa una conducta de sometimiento a la pareja que usualmente cumple un rol dominante de forma complementaria, además presenta ideas repetitivas, incluso intrusivas, asociadas a la pareja, intenso temor a ser abandonada, por lo que la necesidad de reclamar afecto de forma desproporcionada hacia la pareja, se vuelve en un círculo interminable. Así es posible que este cuadro este más asociado a los rasgos de personalidad, por lo que la persona con esta patología, lo sigue siendo independientemente de estar en pareja o no, la diferencia está en que cuando no tiene pareja, los síntomas no pueden ser tan notorios como cuando lo está, o se encuentra en búsqueda de una nueva relación pues sus propias características hacen notar la intensidad en la relación o la desesperación por estar en pareja, ya que un punto central es su intolerancia a experimentar la soledad.

Por otro lado, cuando se define este cuadro y se hace referencia a la necesidad desproporcionada o patológica, hablamos de una inmadurez emocional por parte de la persona, donde el papel más usual en la dependencia es el de sumisión e idealización del otro, siendo complementado por el de dominancia, esto se acompaña de baja autoestima, pobres habilidades sociales y de comunicación, donde la asertividad y empatía se encuentran afectados. Un punto típico en este tipo de cuadros y representan una característica significativa es la permanencia en la relación a pesar de sufrir maltratos y/o humillaciones, pues suele escucharse un discurso muy intenso y cargado de mucha afectividad (desproporcionada), el solo hecho de pensar en la ruptura genera un grado de malestar importante, y en caso ocurra se hará intentos desesperados por retomar la relación, y en el peor de los casos iniciar una nueva relación (Castelló, 2005), este revela que los dependientes emocionales no se toman un tiempo para vivir su pérdida, pues rehúyen a experimentar este sentimiento, remarcándose su intolerancia a la pérdida y dolor.

Otra definición de autores que estudiaron este constructo es el realizado por Anicama et al. (2013) quienes definen la dependencia emocional como "clase de respuesta " inadaptada que expone el organismo en todos sus cinco componentes de interacción con el ambiente: autonómica, afectiva, conductual, social y cognitivo.

Por su parte, Villegas (2006), investiga la relación de pareja, analizando conceptos tales como el afecto, el amor de pareja, el impulso sexual, la dependencia afectiva, los

cimientos de la relación de pareja entre otros, llegando a la idea que la dependencia emocional no llega explicarse solamente con los constructos de complementariedad y simetría, pues resultan ser limitados para fundamentar todo el cuadro.

En tanto, Moral y Sirvent (2008) “definen como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico” (p. 154); basándose en la naturaleza patológica de la dependencia emocional la consideran como un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivo dependiente; la cual se caracteriza por una demanda constante de la pareja y empleo constante de energías para complacerlo y controlarlo, imposibilidad para terminar la relación, demanda patológica de afecto, y presencia de emociones y sentimientos negativos, así también asumen una postura sumisa frente a la relación, donde el cónyuge muestra rasgos narcisistas, ensalzan al otro e ignoran sus defectos, tolerando sus desprecios y humillaciones.

En esta línea, Riso (2006) argumenta que estar en una relación dependiente es un acto de automutilación psicológica, donde la entrega es desproporcionada, sin criterio racional alguno, quedando vulnerable ante el otro. Congost (2011) califica este problema asociándolo a una adicción por el otro, en este caso a la pareja, ya que cuando se presenta dependencia emocional en la persona se da una demanda patológica del otro, dejando de lado su libre albedrío para seguir y cumplir las necesidades y expectativas del otro, encaminándose en una relación nociva.

Finalmente, se concluye que una dependencia emocional es aquel trastorno que se asocia a rasgos de la personalidad caracterizado por que el individuo posee una necesidad afectiva extrema hacia su pareja a la vez que poseen una creencia negativa de sí mismo que está dentro de un déficit de habilidades sociales, es así que aceptan todo tipo de desprecios y maltratos para que no se genere una ruptura en la relación, pues muestran una intolerancia a experimentar emociones desagradables entre ellas principalmente el abandono o la soledad.

2.2.2.2 Síntomas de la dependencia emocional

Para Congost (2011) especialista en dependencia emocional, el síntoma a tener en cuenta en este problema es:

- ✓ Demanda desproporcionada por el otro.
- ✓ Demandas exageradas de muestras de afecto, pues lo diferente es valorado como que no es amada lo suficiente.
- ✓ Deseo que en todo momento quiera estar conmigo, que me haga sentir constantemente que “soy su prioridad”, aunque a menudo, por la manera de ser del otro, no lo voy a sentir.
- ✓ Muestra deseo e intentos por controlar todo lo relacionado con su pareja, deteriorándose la relación, además evidencian falacias de control por el otro.
- ✓ Necesidad de aprobación y reconocimiento de la pareja, dejando sus propias convicciones a fin de agradar y minimizar el riesgo de abandono, llegando al punto de realizar o permitir cosas perjudiciales o que contradicen sus propios valores.
- ✓ Temor intenso a quedarse sola o que la dejen
- ✓ Su prioridad y vida gira entorno a la pareja, pese a que la pareja aún continúa con su vida social.

2.2.2.3 Características de la dependencia emocional

En todos los dependientes emocionales, con énfasis a las mujeres ya que se ha encontrado un índice mayor de ser las más susceptibles a padecer este trastorno, presentan características con diferentes niveles de gravedad.

Así, Castelló (2005) dividió en diferentes áreas relevantes las características entre las mujeres afectadas por dependencia, como son el área de las relaciones de pareja, el de las relaciones con otras personas y estado anímico. Este autor (Castelló, 2000), afirma que, en la relación interpersonal, un dependiente emocional puede presentar algunos comportamientos parecidos a los que tiene con su pareja, no obstante, la intensidad en sus emociones, conductas y cogniciones es menor. En tanto, los rasgos típicos que muestran los dependientes emocionales en relación a la interacción social, especialmente en el área de pareja son:

- ✓ Necesidad extrema por la aprobación de su entorno social inmediato.
- ✓ Búsqueda de relaciones exclusivas y “parasitarias”
- ✓ El deseo de iniciar una relación de pareja influye en la intensidad en que viven este momento, fantaseando e idealizando la relación y a la pareja.
- ✓ Asume una postura sumisa dentro de la relación por lo que esta última suele ser asimétrica.
- ✓ Nunca consiguen llenar o satisfacer esa necesidad patológica, sin embargo logran aliviarlo.
- ✓ Huyen a la posibilidad de terminar la relación, siendo una experiencia muy traumática. No suelen vivir el duelo por la finalización de la relación, por lo que
- ✓ Presentan cierto déficit de habilidades sociales.
- ✓ Ánimo lábil, muestra orientación a la ansiedad.
- ✓ Patologías conexas a este trastorno son el trastorno de ansiedad y la depresión, seguido de los desórdenes de personalidad, y el uso y abusos de sustancias psicoactivas.
- ✓ Un rasgo menos usual, pero presenta son la dependencia atípica y es que reúnen condiciones para ser idealizados.
- ✓ Son narcisistas y explotadores.
- ✓ Desean llevar el poder en la relación.

Por otro lado, es importante saber, que las pareja con dependencia emocional atraviesan una serie de etapas o fases, no obstante no necesariamente pasarán por el orden dado (véase Figura 2) ya que las posibilidades de avanzar, sostenerse en una misma etapa, estancarse en otra o retrocede de fase, hasta el avance progresivo y rápido hacia las fases finales, es parte del propio desarrollo de la patología.

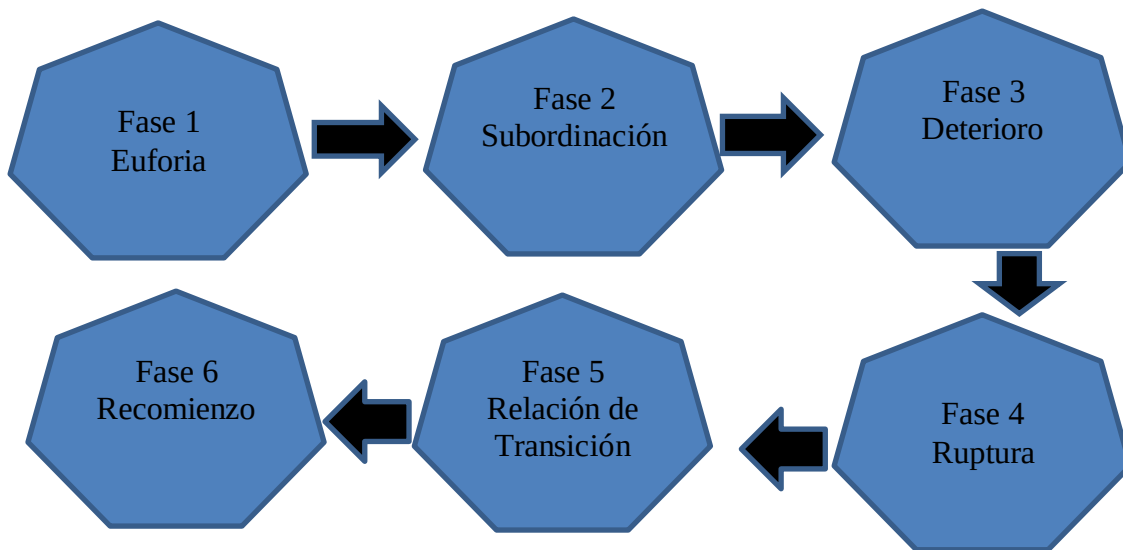


Figura 2. *Fases de las relaciones de pareja de los dependientes emocionales*

A continuación, se describen brevemente las distintas fases de relaciones de pareja dependiente:

Fase 1: Euforia. Los comienzos de la relación cuando el dependiente conoce a su futuro compañero están cargados de expectativas.

Fase 2: Subordinación. Sumisión e idealización hacia la otra parte, que se instala cómodamente en esta pauta, convirtiéndose en el centro de todo.

Fase 3: Deterioro. Desequilibrio extremo.

Fase 4: Ruptura. Presencia de síndrome de abstinencia. Habitualmente momento en el que el dependiente acude a consulta, generalmente con un episodio depresivo mayor.

Fase 5: Relación de transición sin la correspondiente fase de duelo por la pérdida de la relación anterior. Rollos pasajeros para evitar la soledad.

Fase 6: Recomenzo del ciclo. Se encuentra otra persona con el perfil adecuado para establecer otra relación desequilibrada.

Autores como Castelló (2005) menciona que las características se pueden observar en 3 dimensiones: relaciones interpersonales (con especial hincapié en las de pareja), autoestima y estado anímico:

a) Relaciones interpersonales:

- **Tendencia a la exclusividad en las relaciones.** Suele ser muy evidente cuando se habla de la pareja, sin embargo las personas con dependencia prefieren una red

social muy limitada, por lo que la relación se asemeja tanto en la pareja como en el ámbito social. Esto se debe a que en un grupo no pueden demandar afecto de forma abrumadora, ni controlar al otro, pues la relación es compartida no existe la exclusividad, por el contrario se emplea el concepto de comunidad, así que no sienten en confianza, aislándose por tanto o manteniendo relaciones más superficiales. Finalmente, el deseo de exclusividad en el otro es una forma de completarse pues no se han desarrollado emocionalmente, por lo que existe un vacío.

- **Necesitan un acceso constante hacia la persona de la cual dependen emocionalmente.** Existe una idea distorsionada de acceso y control hacia el otro, convirtiéndose en una demanda desproporcionada, con innumerables llamadas y medidas de comunicación, además de buscar compartir la mayor parte del tiempo solo con ella o él. Esto se fundamenta en la carencia emocional que la caracteriza y el miedo irracional a ser abandonada por la pareja.
- **Necesitan excesivamente la aprobación de los demás.** Existe la evidencia de un desorden emocional como base, crítica y no aprobación de sí misma, buscando la aprobación, que no consiguen en ellos de su persona, por fuera. Cabe resaltar que tales cuadros presentan como antecedentes de comorbilidad los desórdenes de conducta alimentaria, lo que justificaría la labilidad emocional.
- **Ilusión al principio de una relación o cuando conocen a una persona “interesante”.** Suelen crearse expectativas sesgadas pues el deseo de no estar sola es un impulso muy fuerte, por lo que esta distorsión engaña y no permite evaluar la relación y a la persona que estoy aceptando.
- **Subordinación en las relaciones de pareja.** Asumir un rol sumiso frente a la relación es una forma de conservarla, siendo interesante para las parejas pues estos tienen un perfil egocentrista y buscan ser demandados en la relación, complementándose unos con otros; destacándose una asimetría pronunciada en la interacción. Así se puede identificar que quienes componen la relación presentan una dependencia estándar o común, la cual cumple con el rol sumiso, y también encontramos la dependencia atípica, donde se ubica el dependiente dominante
- **Idealizan a sus parejas y las escogen con unas características determinadas:** Son ególatras, con gran seguridad en sí mismas, frías emocionalmente. El

narcisismo de estas personas es la contrapartida de la baja autoestima de los dependientes emocionales, por eso se produce esta idealización y fascinación.

- **Las relaciones de pareja atenúan su necesidad, pero siguen sin ser felices.** De todas maneras, tampoco esperan serlo porque su existencia es una sucesión de desengaños y no tienen el componente esencial del bienestar: quererse a sí mismos. Este componente, por otra parte, es fundamental para poder llevar a cabo relaciones de pareja sanas, equilibradas y mutuamente gratificantes.
- **Tienen un miedo e intolerancia terribles a la soledad,** base de su comportamiento ante las rupturas, de su necesidad de otra persona, del apego que tienen hacia ella u otras personas. Esta intolerancia a la soledad se debe a que la relación del dependiente consigo mismo es muy negativa; en otras palabras, podemos afirmar que “no se soportan”.
- **Presentan cierto déficit de habilidades sociales, como falta de asertividad.** También destaca el egoísmo, fruto de la necesidad patológica que tienen hacia otras personas. La exclusividad y el agobio que pueden llevar a cabo también hacia amistades denota precisamente ese egoísmo.
- **Autoestima y autoconcepto muy bajos:** La falta de cariño por sus parejas hace que no se sientan hacia sí mismos, y generalmente tampoco lo ha tenido de sus personas más significativas a lo largo de sus vidas.

b) Estado de ánimo

Manifiestan estar tristes y preocupados. La sensación de tristeza e infelicidad que planea sobre las vidas de los dependientes emocionales; el estado de ánimo es por tanto disfórico y con tendencia a las rumiaciones sobre posibles abandonos, sobre el futuro de la relación, el miedo a la soledad y qué podrían hacer para mitigarlo, etc.

A modo de síntesis de estas características las que se consideran necesarias para identificar a una persona como dependiente son:

- ✓ Miedo e intolerancia a la soledad.
- ✓ Historia de relaciones de pareja gravemente desequilibradas, o una única relación que por su duración ha ocupado la mayor parte de la vida adulta del sujeto.
- ✓ Baja autoestima.

2.2.2.4. Causas de la dependencia emocional

Las diversas propuestas ubican el origen de la dependencia en las edades muy tempranas del desarrollo del infante, concretamente en la relación que establecen, a estas edades, con sus progenitores o cuidadores, donde al no encontrar un apego adecuado, empezará a buscar su seguridad en otros sin la debida confianza en sí mismo. Ello impacta en la valoración que tendrá con el tiempo de sí mismo, desarrollando un conjunto de patrones de conducta y creencias respecto a su valía y a cómo es percibido por las personas que lo rodean, siendo el saldo en los dependientes emocionales negativo, por lo que intentará, como dice Zavaleta (2015) recrear situaciones en las que adopta ciertas conductas con el fin de mantener la complacencia del objeto de afecto, para evitar la ruptura de la relación o el alejamiento de la pareja. A éste respecto encontramos posturas que establecen el origen de la sobredependencia en el sujeto como individuo, y otras en la pareja como espacio creado por dos miembros, bajo determinadas circunstancias.

Para Sánchez (2010), por diversas razones, bien sea por dejadez, por abuso de autoridad o incluso por una protección extrema del niño, los padres no logran infundir en el niño la confianza y la estima en sí mismo, que, de adulto, continuará buscando en los demás. Por ello propone tres causas fundamentales: chantaje emocional en la infancia, manipulación y sentimientos de culpa, y fallos en la construcción de la autoestima, los cuales se desarrollan de forma sucinta a continuación:

- Chantaje emocional durante la infancia: al dependiente emocional se le enseña de niño que se le ama mientras cumpla con las expectativas que los padres o las personas significativas que le rodean tengan sobre él.
- Manipulación y sentimientos de culpa: mediante la culpa se manipula al niño a que mantenga la actitud deseada.
- La construcción de la autoestima: La autoestima del niño, así como su capacidad para estar solo se construyen a través del reflejo, del espejo de la confianza que sus padres le otorgan.

Otros factores considerados como causas, aunque similares a los ya mencionados, son propuestos por Duravia (1999, como se cita en Zavaleta, 2015) siendo estos:

- Carencia de confianza base: Esto conducirá a una dependencia agresiva, en tanto un exceso de la misma, facilitará una dependencia afectiva, por la sobreprotección

prolongada, donde se considera al exceso de afecto el causante de la dependencia en la persona. Esto quiere decir que los niños que presentan excesiva atención y protección por parte de quienes los cuidan aprenden que las cosas dependen de la valoración de los demás y no de ellos mismos, buscando aprobación de otros, que no puede encontrar en sí mismo.

- Cambios drásticos en la infancia: Desarrollarse en un ambiente donde el amor y la protección son algo seguro y estable es favorable, pero si repentinamente la situación cambia drásticamente por la pérdida de un padre y el niño no ha interiorizado completamente este evento causa un momento negativamente impactante que desestabiliza los patrones de amor seguro que posee. Ello puede facilitar el aferrarse a relaciones donde se sienta segura, siendo incapaz de afrontar nuevamente una pérdida y haciendo todo lo posible para mantenerse en la relación.
- Traumas en la edad adulta: Esto se da cuando la persona no ha madurado en términos psicológicos y aún sigue dependiendo de los padres necesitándolos afectivamente aún de forma evidente, así estas personas temen una segunda pérdida lo que le causa una fuente de extrema ansiedad, preocupación y dolor.
- Presencia de un Yo débil: Un Yo estimulado y fuerte, poco a poco irá dejando los soportes externos, permitiéndose el paso por la vida con sus propios recursos; sin embargo si esto se da en sentido contrario, es decir es infantil y débil, acostumbrado a las fantasías de la protección y cariño para no enfrentarse al mundo real no adquirirá resistencia y fortaleza, por lo que resulta necesario que la persona pueda emanciparse de las demandas afectivas de los padres y constituir las suyas propias.

Por otro lado, una perspectiva más relacional, contextual es la propuesta por Villegas (2005) quien menciona que hay personas con predisposición específica a adoptar una actitud sobredependiente en pareja, como otras carentes de ella. Esto explicaría por qué ciertas personas pueden desarrollar sobredependencia en una relación dada y no hacerlo en una anterior o posterior, así como aprender de sus errores y evolucionar en la concepción de pareja, mientras que otras parecen condenadas a repetir el mismo esquema de sobredependiente afectivo con sus parejas. A tal caso, las causas de la Sobredependencia Afectiva se fundan en la relación de pareja como espacio construido entre dos. A veces, ambos están de acuerdo en definirla de una determinada manera y en construirla conjuntamente; otra veces, las cosas suceden, o así lo interpretan los protagonistas de la

historia, de forma más “mágica” o intuitiva; otras, se dejan llevar por los estereotipos dominantes en una sociedad o cultura, por ejemplo de tipo machista o patriarcal, acomodándose a ellos; en otras ocasiones, finalmente, uno de los miembros toma la iniciativa para establecer los parámetros que definen la relación en base a sus características personales, determinadas creencias religiosas, esquemas culturales o pautas relacionales, oponiéndose a cualquier intento del otro miembro de la pareja para modificarlos o negociarlos, no quedándole más remedio a éste que acomodarse o someterse, si no quiere afrontar la ruptura. Así parece evidente que la experiencia amorosa predispone tanto desde el punto de vista fisiológico, como antropológico, cultural y psicológico a una cierta acomodación a las exigencias de la relación, que implican con frecuencia la disolución de las barreras personales que podrían dificultar la creación de fuertes vínculos con los amantes (Villegas 2006).

2.2.2.5. Teorías de la dependencia emocional

La Dependencia emocional al ser considerado un trastorno de la personalidad (Castelló 2005), y como tal implica la afectación de distintas áreas del individuo se abordará los diversos aportes teóricos de las diferentes tendencias psicológicas. Se propone cuatro teorías relevantes del sujeto que se deberían considerar en cualquier tratamiento: psicodinámica, interpersonal, afectiva y la cognitiva. Asimismo, se explica la teoría cognitiva conductual de Anicama et al. (2013), basada en evidencia empírica con análisis estadísticos pertinentes, sostenidos en estudios previos.

Teoría Psicodinámica

En el enfoque psicodinámico, las relaciones de pareja son estudiadas y explicadas principalmente desde 3 teorías: la del Complejo de Edipo, la del apego y de las relaciones objetales, corrientes que explican que los seres humanos establecen relaciones desde una edad temprana en su infancia y que luego los sentimientos, conductas y pensamientos correspondientes a estos vínculos se proyecten y extrapolen a sus relaciones interpersonales futuras.

Oropeza (2011) comenta que tales corrientes se resumen y coinciden en que el menor nace con una serie de necesidades de tipo biológico y afectivo que son básicas y primarias; estas necesidades son satisfechas por su primer objeto de amor, la madre, ya que es quien da

seguridad y afecto. Esta figura será desplazada posteriormente a otro objeto de amor de importancia equivalente, el cual puede ser algún de sus pares durante la adolescencia o la pareja durante la edad adulta. Finalmente, se estudia la conducta del individuo desde su inconsciente, sus motivos y fantasías que lo impulsan a vincularse con su objeto de amor.

Teoría Interpersonal

Esta dimensión se basa en el conjunto de las relaciones que el sujeto tiene con otras personas, desde las más significativas hasta las que lleva a cabo con el resto de la gente. Detalla con mayor exactitud el análisis de la situación actual en lo que a relaciones con otras personas se refiere, pero la relación más importante en estudio es la de pareja, suponiendo que en la actualidad tenga una o la haya tenido recientemente. Su prioridad de este enfoque es analizar el tipo de relación que el dependiente emocional mantiene o mantenía con su objeto (pareja), las actitudes de éste, las pautas más utilizadas por ambos, entre otras.

Teoría Afectiva

Esta dimensión se centra en su plano anímico, es decir, los diferentes estados emocionales tanto positivos como negativos que pueda padecer el dependiente emocional. Entre los más representativos destacan la alegría, tristeza, sorpresa o cólera; pero además de estos estados puntuales de gran excitación emocional, la mayor relevancia la posee el ánimo general del sujeto, aquello que verdaderamente constituye la base del enfoque afectivo.

El estado afectivo, con sus variantes de bienestar, felicidad, ilusión o de malestar, vacío, desesperación o ansiedad, caracterizan gran parte de su vida en los dependientes emocionales según este enfoque; basándose que los estados emocionales puntuales son producto de la interacción entre la personalidad, las circunstancias del momento y los hechos que pueden desencadenar dichas reacciones, el estado de ánimo general está fuertemente condicionado por el nivel de autoestima que presenta un dependiente emocional.

Teoría Cognitiva

Esta área comprende la racionalidad, pensamientos, creencias y opiniones que tiene el sujeto hacia sí mismo. De acuerdo con los conceptos de esta teoría, cuando la dimensión cognitiva de un paciente se encuentra afectada, se encontrará con “distorsiones cognitivas”,

dichas distorsiones son pensamientos sobre hechos concretos que no se ajustan a la realidad, y que van acompañados habitualmente de sufrimiento y un estado de ánimo negativo. En el caso de un dependiente emocional las distorsiones cognitivas girarán en torno a temas como, pensar que tiene un físico desagradable a pesar de que la piropeen asiduamente, conllevando a un mal auto concepto, una sobrevaloración de las cualidades de la pareja (mal concepto del objeto), asume en ocasiones determinados puntos de vista de la pareja (asunción de creencias de la pareja).

Teoría Conductual Cognitivo de Anicama

Para Anicama et al. (2013), la dependencia emocional es una clase de respuestas inadaptada que emite el organismo en todos sus cinco componentes de interacción con el ambiente: autonómico, emocional, motor social y cognitiva, las cuales se expresan en nueve componentes de la dependencia emocional:

1. Percepción de la autoestima
2. Búsqueda de aceptación y autoestima
3. Expresión de límites
4. Miedo a la soledad y al abandono
5. Ansiedad por la separación
6. Apego a la seguridad y protección
7. Preparación de su autoeficacia
8. Idealización de la pareja
9. Abandono de los planes propios

Así en la Figura 3, se ilustra la concepción científica, experiencia basada en un modelo conductual cognitivo de la variable dependencia emocional.

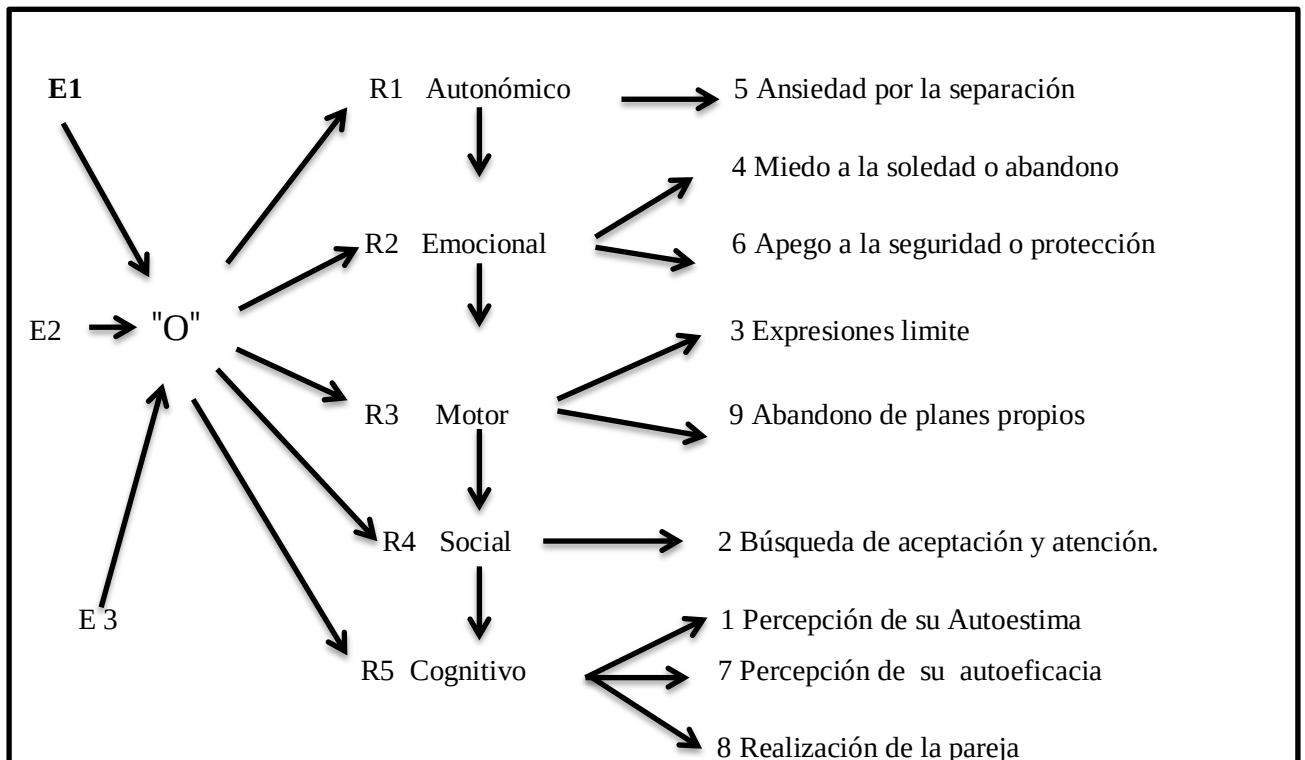


Figura 3. Concepción de la Dependencia Emocional como una Clase de Respuesta, Anicama (2013).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación correspondió al diseño no-experimental de tipo transeccional descriptivo correlacional (Hernández, Fernández y Batista, 2010):

Es no experimental, ya que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y solo se observó en situaciones ya existentes en su ambiente natural para después analizarlos, transversal porque la recolección de datos se produjo en un momento único en el tiempo, descriptivo ya que se busca especificar las características importantes de las personas y correlacional pues se determinó el grado de relación que existe entre las variables.

Esquema

M → O1 r O2

Dónde:

M: Muestra

O: Resultados de la observación

R: Relación

3.2 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todos los internos cuya condición judicial fue de reos primarios en los Establecimientos Penitenciarios Virgen de Fátima de Chorrillos y el Establecimiento Penitenciario Callao (Ex Penal Sarita Colonia) en el 2018. Dentro de las características sociodemográficas de la población se encuentran los reclusos cuyas edades están por encima de los 18 años, de ambos sexos, con estudios máximos de educación secundaria.

Cabe señalar que para el estudio piloto la muestra estuvo conformada por 181 sujetos, el tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, por conveniencia; además, para obtener el tamaño de la muestra se obtuvo a través del método de afijación porcentual, usando la Tabla de Fisher – Aikin – Colton, con un margen de error del 5%. Para la segunda parte del estudio, toda la población fue utilizada como muestra, la cual estuvo constituida por 570 internos. Así mismo, al revisar el llenado de instrumento se eliminaron sujetos pues no concluyeron las pruebas, quedando finalmente 554 internos.

Se tomaron en cuenta una serie de criterios para incluir o excluir a los sujetos de la evaluación, que a continuación se presenta:

Criterios de inclusión:

- Edad: Ser mayor de edad
- Condición judicial: Reo primario
- Tener o haber tenido pareja
- Nacionalidad: peruana

Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad
- Tener condición judicial de reincidente
- No querer participar voluntariamente.
- Nacionalidad: extranjera

3.3 Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general:

H_G: Existe relación significativa entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₀: No Existe relación significativa entre la depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

3.3.2. Hipótesis específicas:

H₁: Existen diferencias significativas en la depresión según sexo, edad, grado de instrucción, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos, situación judicial y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₀: No existen diferencias significativas en la depresión según sexo, edad, grado de instrucción, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos, situación judicial y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₂: Existen diferencias significativas en la dependencia emocional hacia la pareja según sexo, edad, grado de instrucción, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₀: No existen diferencias significativas en la dependencia emocional hacia la pareja según sexo, edad, grado de instrucción, relación de pareja, estado civil, presencia de hijos y tipo de delito cometido en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₃: Existen diferencias significativas en la percepción de características en la relación de pareja de acuerdo al autoinforme de pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

H₀: No existen diferencias significativas en la percepción de características en la relación de pareja de acuerdo al autoinforme de pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana.

3.4. Variables

Variables de estudio

- Depresión
- Dependencia Emocional hacia la pareja

Definición operacional de las variables de estudio

- Depresión: Se mide a través de las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck – BDI-II
- Dependencia Emocional: Se mide a través de la puntuación de la Escala de Dependencia Emocional ACCA, de Anicama, Caballero, Cirilo y Aguirre.

Variable Control

- Edad: 18 años a más
- Sexo: ambos sexos
- Grado de instrucción
- Estado civil

- Presencia de hijos
- Relación de pareja
- Situación judicial
- Tipo de delito

3.5. Instrumentos de medición

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Este instrumento tiene como antecesores el BDI en su primera versión y el BDI-IA, fue elaborado por Beck, Steer y Browm, cuyo objetivo principal fue adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerados en el DSM-IV. El BDI-II representa una evaluación de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años con diagnóstico psiquiátrico, cabe mencionar que no es instrumento para especificar un diagnóstico clínico (Beck et al., 2010).

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, puede ser en forma individual o grupal. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Sin embargo un puntaje total de cero a diez indica que no hay depresión. De once a veinte, indica que hay depresión leve; la puntuación de veintiuno a treinta, significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los treinta y uno a más, demuestra que hay depresión severa.

Validez y Confiabilidad

En población peruana, el BDI-II, ha sido utilizado para los Estudios Epidemiológicos del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, (2002). Por su parte, Rodríguez (2008) utilizó la prueba para su investigación en población adolescente (universitarios y pre-universitarios), obteniendo una alta consistencia interna y un Alfa de Cronbach de 0.91. El factor 1 obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87 y el factor 2 de 0.80. Alcántara (2008) en una investigación con pacientes con VIH obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,94. Ambas investigaciones utilizaron la adaptación argentina, tanto por su énfasis en el trabajo con pacientes como por su alta confiabilidad y validez. En una muestra de pacientes con cáncer Tateishi (2011), analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se

obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89. En el análisis de la capacidad discriminativa de los ítemes a partir de las correlaciones ítem-test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre 0,26 y 0,75.

Escala De Dependencia Emocional - ACCA

Esta escala fue elaborada por Anicama et al. (2013) con el objetivo de evaluar la dependencia emocional como una clase de respuesta inadaptada, siendo los niveles de respuesta autonómico, emocional, motor, social y cognitivo. La prueba presenta 9 áreas o dimensiones que explican la patología emocional, siendo las áreas: Percepción de su autoestima, búsqueda de su aceptación y atención, expresiones límite, miedo a la soledad o abandono, ansiedad por la separación, apego a la seguridad o protección, percepción de su autoeficacia, idealización de la pareja, abandono de planes propios (véase la Tabla 3). En cuanto a su aplicación, puede ser de forma individual o grupal, durando un promedio de 20 minutos, a personas cuyas edades se encuentren entre los 15 años hasta los 60 años.

La escala tiene 42 ítems en total, 37 de los cuales están diseñados para evaluar las 9 áreas de la dependencia emocional, y 5 ítems se construyeron para estimar la deseabilidad social, cuando los puntajes de deseabilidad social exceden a tres la prueba se considera no confiable o no válida.

Tabla 3

Especificaciones de la Escala de Dependencia Emocional de Anicama et al. (2013)

Áreas	Número de ítems	Ítems
Área 1: Miedo a la soledad o abandono	4	1, 2, 3, 4
Área 2: Expresiones Limite	5	6,7,8,9,10
Área 3: Ansiedad por la separación	3	11,12,13
Área 4: Búsqueda de aceptación y atención	3	15,16,17
Área 5: Percepción de su autoestima	4	18,19,20,21
Área 6: Apego a la seguridad o protección	4	23,24,25,26
Área 7: Percepción de su autoeficacia	5	27,28,29,30,31
Área 8: Idealización de la pareja	3	33,34,35
Área 9: Abandono de planes propios para satisfacer los planes de los demás	6	36,37,38,39,40,41
Área 10: Deseabilidad social	5	5,14,22,32,42

Validez y Confiabilidad

La validez de contenido fue determinada a través del método de jueces, 10 jueces evaluaron los ítems siendo un total de 54 quedando un total de 42, siendo sus valores “V” de Aiken entre 0.80 a 1.00 con una $p < 0.001$; asimismo, se desarrolló una prueba de **validez Ítem – test** encontrándose correlaciones que van desde 0.278 a 0.635 con una $p < 0.001$ y $p < 0.01$. Finalmente, se realizó una **validez externa** la cual dio como resultado una alta correlación con todos los factores de la Escala de Dependencia de Lemos, cuando $p < 0.001$ y cuando $p < 0.01$ para el factor búsqueda de atención.

La prueba de confiabilidad se utilizó el método por mitades de Guttman obteniendo como resultado el 0.826 y la prueba de consistencia interna de alfa de cronbach con un resultado de 0.786 ambas para una $p < 0.01$ lo cual señala un alto nivel de confiabilidad de los datos de la Escala de Dependencia Emocional (ACCA).

3.6 Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

En relación al tema a investigar: Depresión y Dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana, se procedió a buscar las pruebas adecuadas para dicha investigación las cuales fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Dependencia Emocional de Anicama (ACCA).

Como parte de la aplicación de los instrumentos se procedieron a realizar las coordinaciones para el permiso pertinente de manera formal a las instituciones correspondientes.

Inicialmente, se procedió a estimar el tamaño de la muestra piloto (181) para el análisis psicométrico de los instrumentos, lo cual se obtuvo a través del método de afijación porcentual, usando la Tabla de Fisher – Aikin – Colton, con un margen de error del 5%, además, para la selección de unidad de análisis se empleó el muestreo no probabilístico, de tipo intencional. En cuanto a la muestra final para estimar las variables de estudio según los objetivos planteados, esta fue el total de los reos primarios de ambas instituciones, siendo la muestra total de 570 internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana. Cabe resaltar, que el análisis preliminar de los datos permitió identificar la pérdida de 16 participantes, ya que sus protocolos de la Escala de Dependencia Emocional (ACCA) arrojó no válidos, quedándonos con una muestra final de 554 internos.

3.7 Procesamiento de Análisis estadísticos de los datos

Una vez revisado y depurado los instrumentos, se diseñó una base de datos para realizar todos los análisis estadísticos pertinentes con el paquete SPSS 22.0 para Windows. Para estimar las características psicométricas de los instrumentos, se verificó la consistencia interna, fiabilidad, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach y el Coeficiente Kuder Richardson KR-21; además se realizó un análisis de fiabilidad mediante el método por

mitades o Split-Half, usándose el Coeficiente de Spearman-Brown. En cuanto a la validez se realizó el análisis ítem-test.

Por otra parte, los resultados que se obtuvieron por medio de la encuesta personal fueron analizados con estadísticos descriptivos, distribución de frecuencias y porcentajes. Además, se usó la prueba de Kolmogorov Smirnov para realizar un análisis de normalidad en la muestra. Esta situación llevó a estimar con estadísticos no paramétricos al analizar las diferencias entre dos o más grupos, U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis, respectivamente, debido a que su puntuación no se ajustaba a una distribución normal. Finalmente, para estimar la relación entre las variables de estudio, se procedió al empleo del Coeficiente de Rho de Spearman.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Propiedades psicométricas de los instrumentos evaluados

Es fundamental conocer si las pruebas cumplen con los requisitos básicos para garantizar las estimaciones de las variables medidas, vale decir la validez y la confiabilidad; pues si se desea utilizar en una investigación es importante garantizar que dichas propiedades se encuentren presentes, así se reduce los márgenes de error, propios de toda investigación, que usa la medición psicométrica. En consecuencia, el siguiente apartado presentará las estimaciones relacionadas a la confiabilidad y validez de los instrumentos usados para medir los constructos en evaluación a partir de una muestra piloto de 181 internos en el Centro Penitenciario “Virgen de Fátima” de Chorrillos y el Establecimiento Penitenciario del Callao (Ex Penal Sarita Colonia), los sujetos son de ambos sexos y mayores de 18 años, 94 mujeres y 87 varones, respectivamente.

4.1.1 Confiabilidad

Se propuso estimar la consistencia interna de los instrumentos psicológicos en 181 reos, para lo cual se usó los estadísticos Alpha de Cronbach (α) y Kuder-Richardson ($KR-21$), para pruebas con respuesta politómica y dicotómica, respectivamente, analizando la homogeneidad de las pruebas; además también se corroboró la consistencia interna mediante el método de división de mitades, cuyo estadígrafo correspondiente es el Coeficiente de Spearman-Brown.

De esta forma en la Tabla 4 se aprecia que los niveles de confiabilidad para el Inventario de Depresión de Beck son aceptables, siendo el Alfa de Cronbach 0.853, para la estimación de la homogeneidad del test; mientras que el coeficiente Spearman-Brown es 0.634, cercano al punto de corte (0.70) referido como aceptable entre los teóricos, por lo que el instrumento psicológico es consistente para medir la depresión en la población reclusa (Tabla 4).

Tabla 4

Estimación de la consistencia interna para BDI – II

<i>Métodos</i>	<i>N° de ítems</i>	<i>Estadístico</i>
División de mitades (Spearman-Brown)	10 y 11	0.634
Homogeneidad (Alfa de Cronbach)	21	0.853

Debido a que la Escala de Dependencia Emocional (ACCA) es de respuesta dicotómica se usó el estadístico Kuder-Richardson fórmula 21, ya que el índice de dificultad de los ítems es el mismo para todos. Así al analizar las dimensiones de la prueba se observa que los índices de consistencia oscilan de 0.672 a 0.922, observándose niveles aceptables y óptimos en la escala, por lo que el instrumento es considerado fiable para los sujetos evaluados (Tabla 5).

Tabla 5

Estimación de la consistencia interna mediante la homogeneidad en el ACCA

<i>Dimensiones</i>	<i>Nº ítems</i>	<i>KR-21</i>
Miedo a la soledad o abandono	4	0.922
Expresiones de límite	5	0.872
Ansiedad por la separación	3	0.672
Búsqueda de aceptación y atención	3	0.682
Percepción de su autoestima	4	0.695
Apego a la seguridad o protección	4	0.725
Percepción de su autoeficacia	5	0.890
Idealización de la pareja	3	0.839
Abandono de planes propios	6	0.885
Escala Global	42	0.939

4.1.2 Validez

Al realizar el análisis de la validez se utilizó la correlación ítem-test o subtest- test verificando la pertenencia y contribución del ítem/subtest a su dimensión propuesta o a la prueba en general. Así se pretende verificar si los ítems o dimensiones son apropiados para medir el constructo estudiado.

Para medir la validez del Inventario de Depresión se analizó en la Tabla 6 los coeficientes de correlación ítem-test, apreciándose que los mismos oscilan entre 0.269 y 0.680, todos a niveles muy significativos, lo cual indica que cada uno de los ítems contribuyen a medir el constructo en estudio, además de ser una muestra representativa de la variable depresión, por lo que la prueba es válida en internos penitenciarios (Tabla 6).

Tabla 6

Validez ítem-test para la prueba BDI – II

Ítem	<i>r</i>	Ítem	<i>R</i>	Ítem	<i>r</i>
1	0.352**	8	0.577**	15	0.639**
2	0.286*	9	0.423**	16	0.377**
3	0.278*	10	0.421**	17	0.549**
4	0.572**	11	0.290**	18	0.446**
5	0.467**	12	0.612**	19	0.563**
6	0.532**	13	0.680**	20	0.464**
7	0.525**	14	0.651**	21	0.269**

En cuanto a la Escala de Dependencia Emocional los índices de correlación subtest-test arrojan coeficientes desde 0.388 hasta 0.768, a niveles altamente significativos, ya que el nivel de *p* es menor a 0.01, lo que indica que las dimensiones son una muestra representativa del constructor y contribuyen a medirlo, siendo el test válido para la muestra de estudio (Tabla 7).

Tabla 7

Validez sub test-test para la prueba ACCA

Área o dimensión	<i>r</i>	<i>P</i>
Miedo a la soledad o abandono	0.711**	0.00
Expresiones de límite	0.730**	0.00
Ansiedad por la separación	0.388**	0.00
Búsqueda de aceptación y atención	0.616**	0.00
Percepción de su autoestima	0.498**	0.00
Apego a la seguridad o protección	0.729**	0.00
Percepción de su autoeficacia	0.768**	0.00
Idealización de la pareja	0.726**	0.00
Abandono de planes propios	0.701**	0.00

4.1.3 Baremos

Se han desarrollado baremos únicos en una muestra piloto mixta (94 mujeres y 87 varones) de 181 internos de los Establecimientos Penitenciarios del Callao (Ex Penal Sarita Colonia) y “Virgen de Fátima” de Chorrillos, ya que, al realizar las comparaciones previas en cuanto a sexo, edad y tipo de delito, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas por lo que se decidió realizar una tabla con normas generales, tanto para la depresión como para la dependencia emocional. Estos baremos permiten la conversión de las puntuaciones directas a una escala de percentiles; además, en la parte inferior de los baremos, figuran las medias y las desviaciones estándar.

En este sentido, para determinar los niveles categóricos de depresión, se ha de clasificar e interpretar los puntajes directos obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para estimar la distribución de los puntajes directos en función a los valores percentilares, de modo tal que una puntuación alta o elevada en la prueba indique la presencia de un estado de ánimo depresivo establecido. De manera similar se procedió con la Escala de Dependencia Emocional (ACCA), es así que una puntuación alta en el cuestionario indica la presencia de dependencia emocional. Para ambos casos las categorías establecidas son tomadas a partir de la forma original de calificar los instrumentos.

De acuerdo a ello, en la Tabla 8 se aprecia la distribución de las puntuaciones directas en función de los percentiles, observándose que en el percentil 25 le corresponde la puntuación 22, mientras que en el percentil 50 se ubica el 27, y en el percentil 75 tenemos a la puntuación 34. Finalmente se obtiene un puntaje promedio de depresión de 27.90, con una desviación estándar de 10.15 (Tabla 8).

Tabla 8

*Normas percentilares de la Escala
de Depresión de Beck en internos
penitenciarios*

<i>Percentil</i>	<i>Puntaje Directo</i>
5	12
10	13
20	21
25	22
30	23
40	25
50	27
60	30
70	32
75	34
80	36
90	41
95	47
<i>Media</i>	<i>27.90</i>
<i>D.S.</i>	<i>10.15</i>

En la Tabla 9, se presenta la distribución de los puntajes directos y los niveles de depresión propuestos originalmente en BDI-II. Teniendo en cuenta los valores percentilares (Pc 25, Pc 50 y Pc 75), en el nivel “sin depresión” se ubican los resultados de los sujetos que ocupan el cuarto inferior (Pc 1 a 25) cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 22, en el siguiente nivel “Depresión leve” (Pc 26 a 50) las puntuaciones se distribuyen desde los 23 hasta los 27 puntos, mientras que en el nivel “Depresión moderada” los puntajes son desde el 28 hasta el 34, finalmente aquellos sujetos internos que obtengan puntuaciones iguales o mayores a 35 tendrán un nivel de “Depresión severa” (Pc 76 a 99) (véase Tabla 9).

Tabla 9

Niveles de depresión y puntuaciones directas del BDI-II en internos penitenciarios

<i>Niveles de depresión</i>	<i>Percentiles (Pc)</i>	<i>Puntajes directos</i>
Sin depresión	1 – 25	0 – 22
Depresión leve	26 – 50	23 - 27
Depresión moderada	51 – 75	28 – 34
Depresión severa	76 - 99	35 a más

En la Tabla 10 se aprecia la distribución de las puntuaciones directas en función de los percentiles, observándose que en el percentil 25 le corresponde la puntuación 10, mientras que en el percentil 50 se ubica el 19, y en el percentil 75 tenemos a la puntuación 26. Finalmente se obtiene un puntaje promedio de dependencia emocional de 18.03, con una desviación estándar de 9.87 (Tabla 10).

Tabla 10

Normas percentilares de la Escala de Dependencia Emocional en internos penitenciarios

<i>Percentil</i>	<i>Puntaje Directo</i>
5	3
10	4
20	8
25	10
30	11
40	15
50	19
60	21
70	24
75	26
80	27
90	32
95	36
<i>Media</i>	<i>18.03</i>
<i>D.S.</i>	<i>9.87</i>

En la Tabla 11, se presenta la distribución de los puntajes directos y los niveles de dependencia emocional, propuestos originalmente en el ACCA. Teniendo en cuenta los valores percentilares (Pc 25, Pc 50 y Pc 75), en la categoría “Muy estable” se ubican los resultados de los sujetos que ocupan el cuarto inferior (Pc 1 a 25) cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10, en la siguiente categoría “Estable emocionalmente” (Pc 26 a 50) las puntuaciones se distribuyen desde los 11 hasta los 19 puntos, mientras que en la categoría “Tendencia a la dependencia” los puntajes son desde el 20 hasta el 26, finalmente aquellos sujetos internos que obtengan puntuaciones iguales o mayores a 27 estarán dentro de la categoría “Dependiente” (Pc 76 a 99) (véase Tabla 11).

Tabla 11

Categorías diagnósticas y puntuaciones directas del ACCA en internos penitenciarios

<i>Categoría diagnóstica</i>	<i>Percentiles (Pc)</i>	<i>Puntajes directos</i>
Muy estable	1 – 25	0 – 10
Emocionalmente estable	26 – 50	11 – 19
Tendencia a la dependencia	51 – 75	20 – 26
Dependiente	76 - 99	27 a más

4.2 Análisis descriptivos de las variables en estudio

Como se puede apreciar los niveles de depresión en los internos de establecimientos penitenciarios se encuentra por encima de los porcentajes de la población general. Así se aprecia que el 23.8% presenta un nivel de sintomatología depresiva severa, seguido de un cuarto de reclusos (25.6%), lo cual indica que casi la mitad (49.4%) de sujetos de la muestra presentan niveles clínicamente significativos de depresión, a diferencia de un 28.3% que se ubica en la categoría sin depresión, y un 22.2% que muestra niveles leves de sintomatología depresiva (Tabla 12).

Tabla 12

Niveles de depresión en internos de establecimientos penitenciarios

<i>Niveles de depresión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sin depresión	157	28.3
Depresión leve	123	22.2
Depresión moderada	142	25.6
Depresión severa o grave	132	23.8
Total	554	100

En cuanto a la dependencia emocional hacia la pareja observamos en la Tabla 13 que el 30% de los reclusos primarios de los centros penitenciarios presentan niveles considerables de inestabilidad emocional, ubicándose en las categorías tendiente a la dependencia y dependiente emocional; mientras que 69.8% se ubicó en categorías como estable o muy estable (Tabla 13)

Tabla 13

Niveles de dependencia emocional hacia la pareja en internos de centros penitenciarios

<i>Niveles de dependencia emocional</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy estable	207	37.3
Estable	180	32.5
Tendiente a la dependencia	83	15
Dependiente emocional	84	15.2
Total	554	100

Por otro lado se presenta una serie de tablas referidos a algunas preguntas de pareja y sus posibles efectos o percepciones que se tiene en la relación, dichas preguntas son parte del cuestionario elaborado para la investigación a fin de conocer algunas apreciaciones de los internos en el tema de pareja.

Así tenemos que en la Tabla 14 ante la pregunta “¿Es ud. feliz con su pareja?, el 35.6% de sujetos de la muestra estudiada manifiesta serlo, sin embargo el 64.4% de reclusos refiere no sentir este sentimiento (Tabla 14).

Tabla 14

Percepción de felicidad en la relación de pareja en internos penitenciarios

<i>¿Es usted feliz con su pareja?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
No	357	64.4
Si	197	35.6
Total	554	100

En la Tabla 15 ante la pregunta sobre si las discusiones de pareja afectaba la salud de los internos observamos que el 58.5% responde afirmativamente a la pregunta, mientras que el resto de participantes (41.5%) refiere que no llega a afectar su salud en caso haya discusiones de algún tipo (Tabla 15).

Tabla 15

Percepción sobre la salud asociado a discusiones en la relación de pareja en internos penitenciarios

<i>¿Cree usted que cuándo discute con su pareja su salud se ve afectada?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
No	230	41.5
Si	324	58.5
Total	554	100

En cuanto a la pregunta sobre sentimientos de soledad y vacío ante la ausencia de pareja se presenta que dos tercios (65.9%) de los internos responden de forma afirmativa a la pregunta; mientras que el tercio (33.8%) de reclusos restantes contesta negativamente a la pregunta, vale decir que no presenta sentimientos de soledad o vacío frente a la ausencia de la pareja (Tabla16)

Tabla 16

Sensación de vacío y soledad ante la ausencia de la pareja

<i>¿Te sientes solo(a) y vacía interiormente a menos que tu pareja no este contigo?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
No	187	33.8
Si	367	65.9
Total	554	100

En la siguiente tabla podemos apreciar que el 46.7% de internos en los penales “Sarita Colonia” y “Virgen de Fátima”, consideran necesitar la aprobación de la pareja para tomar decisiones, limitando su autonomía y capacidad de decisión; mientras que el 53.3% considera no necesitar de la aprobación de la pareja, pues considera poder tomarla (Tabla17).

Tabla 17

Aprobación de la pareja para toma de decisiones en internos penitenciarios

<i>¿Necesitas de la aprobación de tu pareja para tomar decisiones?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
No	295	53.3
Si	259	46.7
Total	554	100

Al realizar la pregunta sobre si la persona se inhibe a tomar la iniciativa por temor a que no le agrade a la pareja los internos respondieron de forma positiva a la interrogante en un 46.8%, de otro lado el 53.2% refiere que no, observándose que casi la mitad de la muestras limita su comportamiento por la reacción de su pareja (Tabla 18).

Tabla 18

Iniciativa en la relación de pareja y temor a reacción en internos penitenciarios

<i>¿No te atreves a dar tu propia iniciativa, por temor a que no le guste a tu pareja?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
No	295	53.2
Si	259	46.8
Total	554	100

4.3 Análisis comparativos de las variables en estudio

Al realizar los análisis comparativos de acuerdo a los objetivos planteados en la tesis de investigación es pertinente tomar en cuenta la distribución de las puntuaciones de cada una de las variables a contrastar, y si es que se usará variables categóricas o numéricas, para así decidir el estadístico más apropiado. En este sentido, se realizó un estudio de la normalidad de las puntuaciones en la muestra.

4.3.1 Análisis de normalidad en las puntuaciones de la muestra de estudio

Los datos observados mediante la prueba de bondad de ajuste de normalidad Kolmogorv-Smirnov (K-S) nos indica que los datos analizados no siguen una distribución normal, por el contrario se observa una distribución libre, ya que los niveles de significación son menores a 0.01, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual propone que la distribución de los datos difieren a una distribución normal, tanto para la depresión ($Z = 0.064$) como para la dependencia emocional ($Z = 0.094$). Por tanto, queda justificado el uso de estadísticos no paramétricos (Tabla 19).

Tabla 19

Análisis de normalidad de las puntuaciones en las variables de estudio

<i>Variables de estudio</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Depresión	0.064	0.000
Dependencia emocional hacia la pareja	0.094	0.000

4.3.2 Depresión y dependencia emocional según variables de control

Al realizar las comparaciones de las puntuaciones de depresión en función al sexo se observa que si bien es cierto los varones presentan un rango promedio más alto que las mujeres, este no llega a ser estadísticamente superior, ya que el nivel de significación está por encima de 0.05 ($U = 36851.5$; $p=0.431$), por lo cual se concluye que los hombres y las mujeres presentan puntuaciones similares en relación a la depresión (Tabla 20)

Tabla 20

Depresión según sexo en internos de centros penitenciarios

<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
Masculino	285	283	36851.5	0.431
Femenino	269	271		

En la Tabla 21 se aprecia la comparación de la depresión de acuerdo a intervalos de edad, dichos intervalos son tomados en función a la clasificación realizada por el INEI (2016) en el Primer Censo Nacional Penitenciario. De esta manera, se aprecia que los mayores rangos promedios se encuentran en los reclusos de menor edad, y a medida que la edad aumenta las puntuaciones disminuyen, no obstante, dichas diferencias no son estadísticamente significativas ($X^2=0.511$; $p=0.972$), por lo que se concluye que la depresión en reclusos no difieren de acuerdo a la edad (Tabla 21).

Tabla 21

Depresión según edad en internos de centros penitenciarios

<i>Edad</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
De 18 a 24 años	121	285.8	0.511	0.972
De 25 a 29 años	85	276.9		
De 30 a 44 años	205	275.2		
De 45 a 59 años	128	275.2		
De 60 a más	15	263.7		

En cuanto a la depresión según el grado de instrucción, los datos muestran que los niveles de depresión no difieren en cuanto a los años de estudio, ya que el nivel de significación se encuentra por encima de 0.05 ($X^2=5.802$; $p=0.122$) (Tabla 22)

Tabla 22

Depresión según grado de instrucción en internos de centros penitenciarios

<i>Grado de instrucción</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	X^2	<i>p</i>
Primaria incompleta	143	280.9	5.802	0.122
Primaria completa	124	258.0		
Secundaria incompleta	140	263.9		
Secundaria completa	145	300.0		

En la Tabla 23 se aprecia que los reclusos que refieren tener actualmente una relación de pareja presentan mayores puntuaciones en los niveles de depresión, en comparación de los que mencionan no tener una actualmente ($U=26699.00$; $p=0.000$) (Tabla 23)

Tabla 23

Depresión según relación de pareja en internos de centros penitenciarios

<i>Relación</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	175	240.57	26699.00	0.000
SI	379	294.55		

En cuanto al estado civil y las puntajes de depresión se observa que los internos que se encuentran con pareja, ya sea conviviendo o casados, presentan mayores índices de depresión, a diferencia de los reclusos cuyo estado civil es soltero(a), por lo que la depresión varía de acuerdo al estado civil ($X^2=7.018$; $p=0.030$)

Tabla 24

Depresión según estado civil en internos de centros penitenciarios

<i>Estado civil</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Soltero(a)	163	250.13	7.018	0.030
Conviviente	249	292.03		
Casado	142	283.44		

Por otro lado, las personas internas en el penal que tienen hijos muestran rangos promedios más elevados que los internos que no presentan hijos ($U=17318.50$; $p<0.00$), por lo que al ingresar al penal y presentar familia a la vez se espera que presente mayores puntuaciones de sintomatología depresiva en comparación de los que no tienen hijos (Tabla 25).

Tabla 25

Depresión según presencia de hijos en internos de centros penitenciarios

<i>Presencia de hijos</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	120	204.82	17318.50	0.000
SI	434	297.60		

En la Tabla 26 se analiza la depresión y la situación judicial de los sujetos de la muestra, observándose que los internos que presentan una sentencia judicial ya establecida, muestran mayores puntuaciones de depresión en contraste con los reclusos cuya situación judicial es aun de procesado, por lo que el saber el tiempo de condena establecido incrementa los niveles de depresión en comparación con aquellos que aún no lo saben ($U=31756.5$; $p=0.008$) (Tabla 26).

Tabla 26

Depresión según situación judicial en internos de centros penitenciarios

<i>Situación judicial</i>	<i>N</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
Procesado	336	263.01	31756.5	0.008
Sentenciado	218	299.83		

Así también en la siguiente tabla se puede apreciar la comparación de los puntajes de depresión según el tipo de delito cometido, encontrándose que la depresión difiere de acuerdo al tipo de delito cometido ($X^2=22.806$; $p=0.002$), vale decir el nivel de depresión no es el mismo en los reclusos dependiendo del tipo de delito cometido (Tabla 27).

Tabla 27

Depresión según tipo de delito en internos de centros penitenciarios

<i>Tipo de delito</i>	<i>N</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>P</i>
Robo agravado	182	279.6	22.806	0.002
Hurto agravado	130	252..2		
Contra la libertad sexual	17	169.7		
Tráfico ilícito de drogas	160	301.1		
Homicidio	22	249.6		
Lesiones graves	16	240.7		
Tenencia ilegal de armas	14	343.2		
Omisión a la asistencia familiar	13	371		

Por otro lado, al analizar la variable dependencia emocional hacia la pareja en función a las variables de asignación se aprecia una serie de diferencias halladas. Así por ejemplo, se observa que la dependencia emocional en los reclusos se distingue entre los hombres y las mujeres, puesto que el margen de error de la prueba de hipótesis es menor al 5%, donde los varones presentan un mayor rango promedio ($U=32098$; $p=0.001$), concluyéndose que la depresión en personas encarceladas es distinto tanto en hombres como en mujeres (Tabla28).

Tabla 28

Dependencia emocional hacia la pareja según sexo en internos de centros penitenciarios

<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
Masculino	285	298.48	32098.50	0.001
Femenino	269	254.33		

En relación a la edad y la dependencia emocional hacia la pareja no se registraron diferencias significativas en al menos uno de los grupos establecidos, por lo que la edad es una variable que presenta de forma similar a lo largo de los años en la dependencia hacia la pareja ($X^2=0.289$; $p=0.990$) (Tabla 29).

Tabla 29

Dependencia emocional hacia la pareja según edad en internos de centros penitenciarios

<i>Edad</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>P</i>
De 18 a 24 años	121	277.15	0.289	0.990
De 25 a 29 años	85	282.33		
De 30 a 44 años	205	276.09		
De 45 a 59 años	128	276.87		
De 60 a más	15	259.13		

En la Tabla 30 al analizar la dependencia emocional y el grado de instrucción se observa que el nivel de depresión presentado en los internos de la muestra de estudio es similar al ser comparado según el nivel educativo alcanzado, es decir que la depresión no varía en función al grado académico alcanzado ($X^2=2.936$; $p=0.402$) (Tabla 30).

Tabla 30

Dependencia emocional según grado de instrucción en internos de centros penitenciarios

<i>Grado de instrucción</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>P</i>
Primaria incompleta	145	268.18	2.936	0.402
Primaria completa	124	265.02		
Secundaria incompleta	140	295.04		
Secundaria completa	145	278.57		

Por otro lado, al estudiar la dependencia y la presencia o no de pareja en la actualidad, se observa que los reclusos que refieren tener una pareja en el momento presentan diferencias estadísticamente significativas con aquellos que no tienen, notándose un mayor rango promedio para el primer grupo ($U=153.5$; $p=0.000$) (Tabla 31).

Tabla 31

Dependencia emocional según relación de pareja en internos de centros penitenciarios

<i>Relación</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	175	175.43	153.500	0.000
SI	379	324.02		

Así mismo, el constructo en estudio dependencia emocional evidencia diferencias estadísticamente significativas en función al estado civil ($X^2=18.308$; $p=0.000$), apreciándose que las personas que son convivientes o casadas presentan mayores rangos promedios, a diferencia de los internos solteros (Tabla 32).

Tabla 32

Dependencia emocional según estado civil en internos de centros penitenciarios

<i>Estado civil</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Soltero(a)	163	236.42	18.308	0.000
Conviviente	249	305.21		
Casado	142	274.31		

En tanto, las personas que se encuentran en prisión y tienen hijos muestran mayores puntuaciones promedio de dependencia emocional, en contraste con internos quienes no señalan tener hijos, ya que el nivel de error es menor al 5%, por lo que la variable presencia o ausencia de hijos pueden indicar diferencias en las puntuaciones de dependencia emocional ($U=14211.5$; $p=0.000$) (Tabla 33).

Tabla 33

Dependencia emocional según presencia de hijos en internos de centros penitenciarios

<i>Presencia de hijos</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	120	178.93	14211.50	0.000
SI	434	304.18		

En cuanto a la comparación del tipo de delito y la dependencia emocional, observamos que dicha variable muestra diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de ilícito penal que hayan cometido ($X^2=21.116$; $p=0.004$), lo que permite afirmar que la depresión se presentará de distinta forma en los internos de acuerdo al tipo de delito perpetrado. Cabe resaltar que los delitos donde se ejerce mayor violencia son los que presentan mayores puntuaciones (Tabla 34).

Tabla 34

Dependencia emocional según tipo de delito en internos de centros penitenciarios

<i>Tipo de delito</i>	<i>N</i>	<i>Rango medio</i>	X^2	<i>P</i>
Robo agravado	182	303.78	21.116	0.004
Hurto agravado	130	275.37		
Contra la libertad sexual	17	304.06		
Tráfico ilícito de drogas	160	233.89		
Homicidio	22	322.29		
Lesiones graves	16	273.31		
Tenencia ilegal de armas	14	339.36		
Omisión a la asistencia familiar	13	277.88		

Por otro lado, como se menciona en el punto de análisis descriptivos se realizó una serie de preguntas para indagar más sobre el modo cómo llevan la relación de pareja y tener algunas percepciones que refuerzan la idea de dependencia. Es así que se realizó el análisis de contraste con estas preguntas.

En este sentido se observa que las personas que respondieron afirmativamente a la encuesta de pareja si se sentían felices con su pareja presentan diferencias significativas en cuanto a la dependencia emocional, mostrando mayores rangos promedios que las personas que manifestaban no sentir felicidad al estar con pareja ($U=22075.0$; $p=0.000$) (Tabla 35).

Tabla 35

Dependencia emocional según percepción de felicidad con la pareja en internos

<i>Percepción de felicidad</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	357	240.83	22075.0	0.000
SI	196	342.87		

De acuerdo a la Tabla 36 al analizar diferencias entre las personas que respondía sí o no a la pregunta de si creía que su salud se afectaba cuando discutía con su pareja, los datos indican que efectivamente hay discrepancias estadísticamente significativas ($U=22530.50$; $p=0.000$), puesto que las personas que reportaron el discutir en pareja afectaba su salud obtienen mayores puntuaciones que las que responden negativamente (Tabla 36).

Tabla 36

Dependencia emocional según discusiones en pareja que afectan la salud en internos penitenciarios

<i>Discusiones en pareja afectan salud</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	230	213.46	22530.50	0.000
SI	323	322.25		

En la Tabla 37 se compara la dependencia emocional en función de si presenta sentimientos de vacío y soledad ante la ausencia de la pareja, los reclusos que respondieron si ante la pregunta presentan mayores puntuaciones en el rango promedio a diferencia de los que no presentan estos sentimientos, por lo que se evidencia diferencias estadísticamente significativas en la dependencia emocional según la presencia de sensación de vacío y soledad ($U=16759.0$; $p=0.000$) (Tabla 37).

Tabla 37

Dependencia emocional según sensación de vacío y soledad en internos penitenciarios

<i>Sensación de vacío y soledad</i>	<i>n</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	187	183.62	16759.0	0.000
SI	364	326.46		

En cuanto al contraste de la dependencia emocional y la respuesta a la pregunta sobre la necesidad de aprobación de la pareja para tomar decisiones, se observa que los internos que respondieron que si a la interrogante presentan mayores rangos promedios que los reos que contestaron negativamente, lo cual permite afirmar que la dependencia emocional es distinta en los internos que buscan la aprobación de su pareja para tomar decisiones, en comparación de quienes no lo hacen, ya que el nivel de significación es menor a 0.05 ($U=18788.0$; $p=0.000$) (Tabla 38).

Tabla 38

Dependencia emocional y necesidad de aprobación de pareja para tomar decisiones en internos de centros penitenciarios

<i>Necesidad de aprobación de pareja para tomar decisiones</i>	<i>N</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	284	208.65	18788.0	0.000
SI	250	334.35		

Finalmente, en la Tabla 39 se aprecia el contraste entre personas que no se atreven a tomar la iniciativa en pareja por temor a que no le guste, frente a los que si refieren tener conductas de intercambios positivos y lo hacen independientemente de la reacción del otro, así pues se puede observar que los que responden afirmativamente presentan mayores puntuaciones que el resto de internos quienes contestan con una negativa a la pregunta, con lo cual se concluye que reos que presentan temor a tener iniciativa en pareja por temor a que no le agrade muestran mayores puntuaciones en la dependencia emocional, en comparación con los que no se atreven ($U=23120.0$; $p=0.000$) (Tabla 39).

Tabla 39

Dependencia emocional según ausencias de iniciativa en pareja por temor a reacción de desagrado de pareja en internos penitenciarios

<i>Ausencia de iniciativas en pareja</i>	<i>N</i>	<i>Rango medio</i>	<i>U de M-W</i>	<i>p</i>
NO	284	226.37	23120.0	0.000
SI	250	334.89		

4.4 Análisis de asociación entre variables de estudio

En cuanto al análisis de asociación entre los constructos de estudios se puede observar en la Tabla 40 que la depresión se relaciona con la dependencia emocional hacia la pareja en general de forma positiva, a un nivel de significación muy alto, no obstante, el grado de asociación es bajo ($r=0.275$, $p=0.000$). Esto permite decir que a mayores puntuaciones de depresión se encontrará mayores puntuaciones de dependencia emocional (Tabla 40).

Tabla 40

Relación entre la depresión y la dependencia emocional hacia la pareja en internos penitenciarios

	<i>Dependencia Emocional</i>	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Depresión	0.275**	0.000

Por otro lado, al realizar el análisis de asociación de acuerdo a las áreas de dependencia y la puntuación de la depresión podemos encontrar que las áreas se asocian positivamente, a niveles muy significativos, sin embargo, la fuerza de asociación es débil, ya que los coeficientes de correlación Rho de Spearman-Brown oscilan entre 0.138 hasta 0.263, a excepción de la dimensión ansiedad de separación (Área 3) la cual no muestra asociación con la depresión ($r=0.010$; $p=0,822$) (Tabla 41).

Tabla 41

Relación entre la depresión y áreas de la dependencia emocional hacia la pareja en internos penitenciarios

<i>Áreas de la Dependencia Emocional</i>	<i>Depresión</i>	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Miedo a la soledad (Área 1)	0.233**	0.00
Expresión de límite (Área 2)	0.184**	0.00
Ansiedad por la separación (Área 3)	0.010	0.822
Búsqueda de aceptación y atención (Área 4)	0.166**	0.00
Percepción de su autoestima (Área 5)	0.263**	0.00
Apego a la seguridad o protección (Área 6)	0.255**	0.00
Percepción de su autoeficacia (Área 7)	0.187**	0.00
Idealización de la pareja (Área 8)	0.172**	0.00
Abandono de los propios planes por satisfacer de los demás (Área 9)	0.138**	0.00

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La pérdida de la libertad es un evento estresante que impacta negativamente en las personas que atraviesan esta situación por primera vez. Una de las formas como las personas intentan adaptarse a dicha situación es a través de vivir un proceso camino a la aceptación, rehabilitación y reinserción social; no obstante las condiciones penitenciarias pueden llegar a exacerbar la forma de afrontamiento de esta problemática, si a ello le sumamos que el apoyo social en este tipo de experiencias tiende a reducirse, sea por el contexto en el cual se desenvuelven o por problemas que ya existían anteriormente, en los distintos grupos de apoyo social (familia y/o pareja), es innegable que aparezcan desordenes del estado de ánimo, tal es el caso de la depresión. Asimismo, debemos tener en cuenta que la población penitenciaria muestra algunas características psicopatológicas que probablemente preceden al encierro, tales características están asociadas a problemas de uso y abuso de sustancias, adicción en muchos casos, rasgos de personalidad clínicos, y la procedencia de familias de origen disfuncionales, y los nuevos hogares constituidos por ellos mismos, con características similares, donde el tema de la pareja se vuelve relevante (véase Loinz et al., 2011).

Ante ello, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre depresión y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana. A continuación, se discuten los resultados encontrados:

En cuanto a los resultados propios de la investigación se puede resaltar los datos obtenidos en el análisis de las características psicométricas de los instrumentos para la población de estudio. Aquí vemos que ambos instrumentos, tanto el BDI-II, como el ACCA muestran adecuados niveles de consistencia interna, evidenciándose coeficientes por encima del punto de corte (0.70), lo que demuestra la precisión de los instrumentos al momento de estimar los constructos en estudio. La solidez de ambas pruebas queda demostrada pues en distintas muestras se ha corroborado la fiabilidad de los test, llegándose a conclusiones similares. Por ejemplo para el caso del BDI-II Rodríguez (2008), Alcántara (2008) y Tateishi (2011) son muestras de ello en poblaciones distintas; en el caso del ACCA vemos resultados similares a los reportados por sus creadores (Anicama et al., 2013). De otro lado, el análisis de validez mediante la asociación ítem-test o subtest-test, arroja estimaciones por encima de

0.30, en ambos instrumentos, lo que demuestra la contribución de los ítems o las dimensiones a la evaluación del constructo en general, por lo que queda evidencia que ambos instrumentos presentan validez y confiabilidad para estimar los constructos estudiados en la población penitenciaria.

Por otro lado, los resultados descriptivos en relación a los niveles de depresión encontrados en los internos penitenciarios arrojan que casi la mitad de los sujetos evaluados presenta sintomatología depresiva en niveles significativos, moderado y/o severo, dato muy similar a lo encontrado por Dasso (2010), y solo el 28% no muestra indicadores significativos del cuadro anímico. Estos datos van de la mano con los valores de tendencia central (media) encontrados en el estudio piloto para hacer los baremos, donde se aprecia que la media está por encima de los estudios reportados en poblaciones normales, tal como hace ver la APA (2002). Por lo que se asume que los reos primarios tienden a presentar mayores niveles de depresión que la población normal (CENECP, 2007). Los datos reportan índices que oscilan desde un 20% a más del 70% de casos con sintomatología depresiva en la población penitenciaria (CENECP, 2007), en apoyo a estos resultados tenemos a Benavides y Nel Beitia (2012) y Vélez et al. (2016) quienes concluyen que la prevalencia de síntomas depresivos observada es alta y justifica el screening en este tipo de población, siendo sus niveles de depresión por encima de lo esperado en la población externa.

Como se sabe la depresión se debe a un desorden del pensamiento, en el que el depresivo distorsiona la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: él mismo, el mundo y el futuro, además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Los afectados tienden a observar su entorno con desconfianza y de forma pesimista. Como consecuencia interpretan acontecimientos neutrales como algo negativo y como confirmación de su visión pesimista del mundo. A menudo, ni siquiera perciben nuevos eventos positivos que no encajan en su visión del mundo. Entran en un círculo vicioso que mantienen como consecuencia de su visión del mundo, esto puede aún explicar más porqué los internos frente a un panorama incierto y con pocas posibilidades de recuperación entran en estos estados afectivos.

Por parte de la dependencia emocional hacia la pareja queda en evidencia que casi la tercera parte de los internos en los penales presentan una necesidad excesiva de afecto hacia

la pareja, lo cual se manifiesta en indicadores de dependencia emocional. Para autores como Galati (2013) y Pérez (2010) se trata de personas con una autoestima muy baja, que tienden a asumir roles de pareja de sumisión o de control, por lo que muchas de ellas, en estadísticas, se encuentran envueltos en episodios de violencia, asumiendo en mayor medida el primer papel. Además, Espíritu (2013) estudia la dependencia emocional en mujeres violentadas y no violentadas, donde se aprecia un porcentaje más elevado de indicadores de dependencia, llegando los porcentajes a más del 80% de los casos en las distintas dimensiones. Estas diferencias relacionadas al tipo de población (estudiantes o mujeres violentadas) y el sesgo al considerar solo mujeres, en los estudios hallados podrían explicar parcialmente algunas de las diferencias de porcentaje en casos.

Asimismo, llama la atención que la mayoría de sujetos evaluados de la muestra analizada manifiesta no ser feliz con su pareja, reportando problemas de salud por discusiones de pareja, con sentimientos de vacío presentes si no está, problemas para tomar decisiones o la iniciativa si no sienten la aprobación de la misma. Estos datos suelen ser contradictorios a los porcentajes hallados en casos de dependencia emocional, pues muchas de las interrogantes se asocian a rasgos de dependencia afectiva. Contradictoriamente, a lo que se piensa que son las mujeres quienes presentan mayores casos de dependencia, se puede ver que los porcentajes son similares tanto para los internos varones como mujeres, incluso son los varones quienes muestran un mayor porcentaje de casos de dependencia.

Una vez más se señala que las investigaciones halladas respecto a la dependencia afectiva, suele considerar a mujeres víctimas de violencia o estudiantes universitarios, por un lado; por otro tenemos que entender que en la dependencia emocional hacia la pareja existen dos participantes, es decir dos roles, dándose mayor estudio o énfasis al rol de víctima o el de sumisión, dejando de lado al rol controlador, narciso y más directivo de la relación, que usualmente es más acusado en los varones; sin embargo el comportamiento de la variable dependencia emocional en los internos parece desarrollarse de forma un tanto distinta en el contexto de la cárcel. Es una posibilidad que frente a la pérdida de la libertad se valore aspectos más amplios del apoyo social que brindan la pareja y la familia, y no solamente la necesidad angustiante de tenerlo al lado, ya que existe otras necesidades que se hacen más apremiantes como el recuperar la libertad, la sobrevivencia y reinserción a los sistemas familiares de origen, etc.

Por otra parte, se considera que la dependencia no solo se muestra de forma sumisa al acatar y soportar todo lo que la pareja haga, sino más bien habrá un juego de roles complementarios para mantener dicha dinámica, un rol es el pasivo, el otro es más agresivo y demanda o exige complacencia, consideramos que este rol es intercambiado constantemente en las relaciones dependientes, sin negar la tendencia que puede tener una persona para asumir uno u otro papel, que por el contexto suele asignarse de acuerdo al sexo, con lo que la variable contexto cumple un rol fundamental.

En relación a los objetivos comparativos se ha encontrado que la depresión en los internos se muestra de forma similar de acuerdo al sexo, la edad, grado de instrucción en los participantes de centros penitenciarios, estos datos distan parcialmente de lo apuntado en el marco teórico de referencia donde autores como Mérida (2012) y Moreno y Blanco (2004) afirman que determinadas variables sociodemográficas estaban implicadas en la presencia de cuadros depresivos. Sin embargo, dentro de las variables que evidencian diferencias en cuanto a la depresión tenemos los reos quienes se encuentran en una relación de pareja o presentan estados civiles que implican una pareja, aquellos quienes actualmente tienen hijos, sobretudo en edades menores, y los que ya han sido sentenciados y saben la condena que purgarán, todas estas características en los internos presentan mayores niveles de depresión en comparación a los otros grupos comparados de referencia.

Por último, se observa mayores niveles de depresión en internos que presentan delitos asociados a drogas, armas u omisión a la asistencia familiar, mientras que aquellos que cometieron delitos asociados con la agresión de un tercero, muestran menores niveles de depresión. Los datos obtenidos, muestran que los internos que se encuentran en contacto en relaciones interpersonales, tienden a tener mayores niveles de depresión, a diferencia de quienes no están involucrados en sistemas o actividades sociales. Ello permite deslizar la postura que aquellos internos que tiendan a aferrarse a relaciones sociales tienen una mayor predisposición a estar afectados en su ánimo, aunque esto no necesariamente es negativo, pues también hace ver que aún considera a los otros como parte importante en su reinserción y recuperación, tal vez lo que hay que tener en cuenta es la forma cómo lo van afrontando en la cárcel, donde pueden encontrar situaciones de evitación como las adicciones y otros problemas que limitarían su salud.

La dependencia emocional hacia la pareja presenta diferencias en función al sexo, donde son los internos varones quienes muestran mayores puntuaciones en los niveles de dependencia, hecho que llama la atención y se propuso algunas ideas líneas arriba. Asimismo, la dependencia emocional se muestra mayor en sujetos que refieren tener actualmente una relación de pareja, además de presentar una mayor necesidad afectiva de la pareja, sea su condición conviviente o casados, a ello se le suma que los internos con hijos denotan mayor puntuación en dependencia afectiva. Esto refuerza las concepciones más tradicionales del concepto donde se parte de una necesidad afectiva exagerada por estar con las personas con las cuales sostienen una relación (Castelló, 2006) y la dificultar para realizar actividades propias.

Asimismo, los internos que manifiestan no ser feliz con su pareja, reportando problemas de salud por discusiones de pareja, con sentimientos de vacío y soledad presentes, ya sea por problemas para tomar decisiones o la iniciativa si no sienten la aprobación de la misma evidencian niveles superiores de dependencia emocional. El reporte muestra como las personas con mayores niveles de dependencia emocional muestran más problemas y/o quejas en el funcionamiento de su dinámica de pareja, con presencia de conflictos y quejas inclusive mayores de salud, resaltando sintomatología de tipo depresivo, lo que se encuentra acorde a lo señalado por Anicama et al. (2013) quien resalta la afección de tres áreas importantes: las relaciones interpersonales, especialmente la de pareja, la autoestima y el estado de ánimo. Así lo señalado por Moral y Sirvent (2008) toma mayor importancia a las luces de los resultados, quienes presentan a la dependencia emocional como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico.

Estos resultados coinciden de forma parcial con los hallados por Anicama et al. (2013) quienes tampoco encontraron diferencias significativas en la dependencia emocional en función a la edad, ni años de estudios, a diferencia del presente estudio, ellos tampoco encontraron diferencias respecto a la variable sexo, situación contraria al informe, no obstante, el tipo de población y el contexto en el que se desarrollaron los estudios pueden ayudar a explicar dichas discrepancias. Un punto a resaltar es que los internos penitenciarios presentan medias más elevadas que la población general, sea estudiantes universitarios por citar algunos ejemplos. Finalmente, en este punto tenemos que apuntar que la dependencia

describe una necesidad patológica que se ve reflejada por la inmadurez afectiva del individuo donde el patrón más habitual de relación de pareja es la sumisión, aunque ya señalamos que podría ampliarse, e idealización hacia el compañero, donde el miedo a la soledad, la ansiedad de separación por la baja autoestima, falta de asertividad y comunicación son características que se generalizan a un déficit de habilidades sociales (Castelló, 2006), lo que marca un camino importante para trabajar en la recuperación de la salud emocional de las personas estudiadas.

Por último, al analizar el comportamiento de la depresión asociado a la dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos penales de Lima, observamos que ambos constructos se relacionan de forma positiva baja, lo cual indica que a mayores puntuaciones de depresión observados se podrán suponer la presencia de mayores puntuaciones de dependencia emocional, cabe mencionar que la asociación obtenida no hace referencia a relaciones de causa efecto entre variables, por lo que una no es causa de otra. Al puntualizar la relación entre la depresión y la dependencia emocional se observa que los factores de dependencia que obtienen mayor fuerza con la depresión son el miedo a la soledad, la percepción de la propia autoestima y el apego a la seguridad o protección, en contraposición a ello la dimensión ansiedad por la separación no evidencia relación significativa con la depresión. Los datos no dan un resultado contundente de la asociación entre ambos constructos en estudio, ya que los coeficientes son bajos y/o débiles, necesitando una mayor exploración al respecto entre ambas variables y la población de estudio.

Por otro lado, existe una variable mediadora probablemente que se encuentra muy presente tanto en la depresión como en la dependencia, nos referimos a los pensamientos automáticos. Esta variable ha sido señalada por diversos expertos en la depresión como Beck (1995), Beck et al (2010); en ambas posturas las ideas distorsionadas facilitan la visión subjetiva, negativa y prejuiciosa de la situación, la persona o el de los demás, reportando como las más significativas los pensamientos automáticos de filtraje, falacia de cambio, sobregeneralización, deberías y de culpabilidad. Entonces dicha situación incrementaría los problemas al momento de establecer relaciones de pareja dependiente y/o padecer de cuadros depresivos, con lo que se presume que tanto la depresión como la dependencia emocional pueden tener aspectos internos más comunes que podría explicar mejor sus correlaciones en comparación con aspectos generales.

5.2. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación y los análisis respectivos pertinentes se llega a las siguientes conclusiones:

1. La depresión y la dependencia emocional se relacionan de forma positiva y baja, en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana, siendo las áreas de dependencia, percepción de la propia autoestima, apego a la seguridad o protección, y el miedo a la soledad las que obtienen índices más elevados en comparación con las otras áreas.
2. Casi la mitad de los internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana presentan niveles de depresión clínicamente significativos, ubicándose en niveles entre moderado y grave.
3. Alrededor del 30% de los reos que se encuentran en ambos penales, tanto de varones como mujeres, se ubican en la categoría de dependencia emocional o con tendencia a la misma, evidenciando, que un tercio de los mimos muestran fuertes deseos de sostener una relación de pareja por temor a quedarse solos o no sentirse capaces de establecer nuevos vínculos de interacción en pareja.
4. Más de la mitad de internos de dos centros penitenciarios ubicados en Lima Metropolitana manifiestan sentirse infelices en su relación de pareja, manifestando afecciones de salud asociadas a las discusiones entre ellos, además en porcentaje similar presentan sentimientos de vacío y soledad ante la falta de la pareja, buscando aprobación en la misma para tomar decisiones, por lo que suelen carecer de iniciativa en la dinámica de funcionamiento.
5. La depresión en internos penitenciarios presenta diferencias estadísticamente significativas en función al hecho de tener pareja actualmente, presentar un estado civil que refleje esta situación. Así como, presentar hijos, tener una condición judicial de sentenciado, y haber cometido delitos relacionados al tráfico de drogas, tenencia ilegal de armas y el haber incumplido pasar los alimentos. En todos los casos antes mencionados se presentan mayores puntuaciones de depresión a excepción de variables como sexo, edad y grado de instrucción.
6. Se evidencia diferencias estadísticamente significativas en la dependencia emocional en internos penitenciarios en función al sexo, la presencia actual de

pareja, estado civil coherente a tener pareja, presencia de hijos menores y al tipo de delito cometido. Por el contrario, la edad y el grado de instrucción se mantienen de forma similar en la dependencia emocional.

7. Se aprecia que los internos quienes no perciben felicidad en su relación de pareja, muestran discusiones y refieren que afecta su salud, describiendo sentimientos de vacío y soledad ante la ausencia de la pareja, presentan relaciones de pareja con mayores puntuaciones en la dependencia emocional, necesitando la aprobación del otro para tomar decisiones y tener iniciativa en su funcionamiento social.
8. Los instrumentos de cribado para estimar la depresión (BDI-II) y la dependencia emocional hacia la pareja (ACCA) en internos de dos centros penitenciarios presentan propiedades psicométricas en niveles óptimos para recoger la información de las variables en estudio.

5.3. Recomendaciones

- Se sugiere realizar estudios de tipo probabilísticos donde se amplíe el alcance de los resultados encontrados, a fin de poder tener un mayor uso de los datos obtenidos
- Realizar estudios que tomen en cuenta otras variables sociodemográficas y asociadas a la pareja, además de considerar la inserción de variables moderadoras del impacto de la dependencia y depresión, tal es el caso de las distorsiones cognitivas.
- Realizar evaluaciones permanentes en relación a la depresión, teniendo en cuenta a las personas con mayor tiempo y sentencia ya establecida
- Al momento de tener en cuenta la elaboración de programas de reinserción social en los internos considerar aspectos de su interacción social, desarrollando habilidades sociales y habilidades para la convivencia en pareja, así como el incremento de su autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, R., Escobar-Córdoba, F. y Castellanos, G. (2007). Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 78-97.
- Agudelo, D., Donald, Ch. y Buela Casal, G. (2007). La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*, 30(3), 20-28.
- Alcántara, N. (2008) *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH* (Tesis de pregrado). Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM – IV TR. Barcelona: Massion.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Anicama, J., Caballero, G., Aguirre, M. y Cirilo, I. (2013). *Construcción y propiedades psicométricas de una escala de dependencia emocional en universitarios de Lima*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Arias , W., Canales, F. y De la Torre, N. (2016). Características psicopatológicas en los reclusos del Penal Socavaya de Arequipa (Perú). *Revista Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 80-87.
- Baca, H., Chacaltana, B., Roa, Y., Zegarra, T. y Bustamante, Z. (2015). Perfil de las reclusas en cárceles de Lima-Perú. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 11(2), 1-14.
- Barradas, M. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: Una realidad indeseable*. Bloomington: Palibrio.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2009). *Inventario de Depresión de Beck: BDI-II*. Buenos Aires: Paidós
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª Ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.

- Benavides, M. y Nel Beitia, P. (2012). Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Revista Ciencia y Salud*, 1(1), 51.57.
- Berna, N. (2015). *Programa de intervención en depresión en centros penitenciarios españoles* (Tesis de pregrado). Universidad Miguel Hernández, España.
- Borja, C; Aguado, T. y Urquizo, J. (2006). *La mujer en el sistema penitenciario peruano*. Lima y Junta de Andalucía: IDEMSA.
- Cachay, K. (2007). *Depresión en el Adulto Mayor*. Monografía para optar el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima-Perú.
- Camargo, O. (2014). *Prevalencia de síndromes psiquiátricos en reos primarios y reincidentes de sexo femenino del Establecimiento Penal Socabaya, Arequipa 2014*(Tesis para optar el grado de Médico). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Carrobbles, J. (2014). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I. Salazar y J. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* . Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto “dependencia emocional”. Recuperado de <http://www.dependenciaemocional.org/ANALISIS%20DEL%20CONCEPTO%20DEPENDENCIA%20EMOCIONAL.pdf>
- Castillo, E. (2016). *Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo* (Tesis de maestría). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- CENECP. (2007). *Diagnóstico de Salud Mental en Establecimientos Penitenciarios*. Lima, Perú

- Congost, S. (2011). *Manual de dependencia emocional afectiva*. Recuperado de: <http://psicopedia.org/wpcontent/uploads/2014/02/GUIADEPENDENCIA+EMOCIONAL.pdf>
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 3, 1-5.
- Dasso, A. (2010). *Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal de Lima* (Tesis de pregrado). Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Dubovsky, S. (1990) Understanding and treating depression in anxious patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(10 Supl.), 3-8
- Espíritu, L. (2013). *Dependencia emocional en mujeres violentadas y no violentadas de Nuevo Chimbote* (Tesis de pregrado). Escuela Profesional de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad César Vallejo, Chimbote-Perú.
- Galati, L. (2013). *Dependencia emocional: Una aproximación al tema y su abordaje desde la perspectiva cognitivo – conductual* (Tesina de Maestría). Instituto de Estudios Psicológicos, Barcelona, España.
- Goldberg, D. P., y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. New York, NY, US: Tavistock/Routledge.
- Hernández, A., Núñez, S., Santero, M., Grenda, L. Huarez, B., Vilcarromero, S. Casa, M. y Rosselli, D. (2018). Factores de riesgo asociados al consumo de drogas antes del ingreso a las penitenciarías del Perú. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 20 (1), 12-22.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hollon, S. y Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., 428-466). New York: Wiley.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Perú: Primer Censo Nacional Penitenciario 2016. Perfil de la Población Penal*. Lima: Autor
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1),119-145.
- Lemos, M. y Londoño, H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-40.
- León, A. (2016). *Clima social familiar y la depresión de los internos por delito de violación del Instituto Nacional Penitenciario* (Tesis de pregrado). Escuela Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Chimbote, Perú.
- Loinaz, I., Ortiz, M., Miguel, L. y Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11(2), 249-268.
- Londoño, C y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329.
- Mérida, J. (2012). *Niveles de depresión en personas privadas de su libertad* (Tesis de pregrado). Facultad de Humanidades, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Moral, M. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencia*, 33(2). 150 – 167.
- Moreno, P. y Blanco, C. (2004). *Cómo superar la depresión*. Málaga: Arguval.
- Nezu, A.M, y Perri M.G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Nezu, A. M., y Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 134-138.

- Nezu, A. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *La violencia contra las mujeres. Problema de Salud mundial, Naciones Unidas*. El informe fue elaborado por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Oropeza, R. (2011). *Dependencia emocional, violencia y satisfacción marital en la reacción de pareja* (Tesis de pregrado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
- OPS / OMS. (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. De OPS / OMS. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305&Itemid=1926&lang=es
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pérez, K. (2010). *Efectos de la dependencia emocional en la autoestima de mujeres de 25 a 55 años de edad que tienen una relación de pareja* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Redondo, S. y Andrés-Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 147-156.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona, España: Norma SA.
- Rodríguez, L (2008). *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio en mujeres adolescentes universitarias y pre-universitarias* (Tesis de

pregrado). Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Roman, I. (2011). *La dependencia emocional en la depresión*. Máster en Psicología Clínica y de la Salud, Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Madrid.

Sánchez, G. (2010). Dependencia emocional: Causas, trastornos, tratamiento. (p.2). Recuperado de <https://escuelatranspersonal.com/wpcontent/uploads/2013/12/dependencia-emocional-gemma.pdf>

Soria, M. y González, A. (2006). La psicología penitenciaria: evaluación de penados y tratamiento de delincuentes violentos. En MA. Soria y D. Sáiz (Eds.), *Psicología Criminal* (p. 221-244). Madrid: Pearson

Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cancer de mama* (Tesis de pregrado). Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Vallejo, J. (1998). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Vásquez, B. (2005). *Manual de psicología forense*. Madrid: Editorial Síntesis.

Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), pp. 417 – 449.

Vélez, C., Barrera, C., Benito, A., Figueroa, M. y Franco, S. (2016). Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de Autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 43-48.

Villegas, M. (2006). Amor y dependencia en las relaciones de pareja. *Revista de psicoterapia*. 17 (68) 5-64

Zandío, M., Ferrín, M. y Cuesta, M.J. (2002). Neurobiología de la depresión. *Anales Sis San Navarra*, 25(3). 43-62

Zavaleta, P. (2015). *Sobredependencia afectiva y depresión en estudiantes de una universidad privada de Trujillo* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo-Perú.

ANEXOS

ANEXO 1
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: _____

Estado Civil: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 2
ESCALA DE DEPENDENCIA EMOCIONAL ACCA
Anicama, Caballero y Aguirre (2013)

Nombre: _____

Estado Civil: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Educación: _____ Fecha: _____

La presente escala contiene una lista de afirmaciones relacionadas con la forma de pensar, sentir y hacer las cosas de la vida diaria, en diferentes situaciones, lea cada frase con cuidado y señale con una "equis" si está de acuerdo o no con la información escrita

No hay respuestas correctas o erróneas, todas sus respuestas son válidas, No dedique mucho tiempo a cada frase, simplemente responda lo que considere se ajusta mejor a su forma de actuar, pensar o sentir.

N	ITEMS	SI	NO
1	Mi miedo se incrementa con la sola idea de perder a mi pareja		
2	Experimento un vacío intenso cuando estoy sin mi pareja		
3	Necesito tener siempre a mi pareja conmigo		
4	Mi mayor temor es que mi pareja me abandone		
5	Estoy completamente libre de prejuicios de cualquier tipo		
6	Sin darme cuenta he arriesgado mi vida para mantener a mi lado a mi pareja		
7	Mi necesidad de tener a mi pareja conmigo me hizo realizar acciones contra mi vida		
8	Creo en la frase “ la vida sin ti no tiene sentido”		
9	Pienso que al amor por mi pareja no tiene límites incluso el dar la vida		
10	Por evitar que mi pareja me abandone le he causado daño físico		
11	Cuando tengo que ausentarme por unos días de las actividades bajo mi responsabilidad me siento angustiado		
12	Me preocupa la idea de no tener apoyo de nadie		
13	Me preocupa que dejen de quererme y se alejen de mi		
14	Respondo inmediatamente los correos electrónicos que recibo		
15	Hago todo lo posible para que los demás me presten atención.		
16	Necesito ser considerado siempre en los grupos sociales para sentirme bien.		
17	Soy feliz cuando soy aceptado por los demás		

18	Si no consigo mis objetivos propuestos me deprimó con facilidad		
19	Me gusta mi carrera y permaneceré laborando en un área de la misma		
20	Tengo muchas razones para pensar que a veces no sirvo para nada		
21	Me inclino a pensar que tengo motivos más que suficientes para sentirme orgulloso (a) de mí mismo (a)		
22	Nunca he dicho mentiras en mi vida		
23	En general creo que mis padres han dado lo mejor de sí mismos cuando era pequeño (a)		
24	Siento que no me gusta depender de los otros. Sino ser autónomo		
25	Considero que me gusta sentirme seguro y tomo las medidas que el caso requiere		
26	Me siento ansioso cuando me comprometo emocionalmente con otras personas		
27	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto para alcanzar mis metas propuestas		
28	Me percibo competente y eficaz		
29	Puedo ser capaz de manejar eventos inesperados		
30	Cuando enfrento un problema siempre dispongo de alternativas		
31	Me considero capaz de atraer y gustar a otra persona		
32	Todos mis hábitos o costumbres son buenos y correctos		
33	Quiero tanto a mi pareja, considerándola insustituible		
34	Hago siempre lo que dice mi pareja porque asumo que es correcto		
35	Siempre me gusta hacer lo que mi pareja demanda pide, para complacerla		
36	Cuando estoy ocupado (a) y mi pareja propone hacer otros planes deó lo que estoy haciendo para unirme a los planes de ella (el)		
37	Priorizo en primer lugar las necesidades de mi pareja antes que las mías		
38	He renunciado a mi trabajo/ estudios porque mi pareja así lo demanda para estar más tiempo cerca de ella (el)		
39	Me satisface ayudar y terminar las tareas de estudios/trabajo de mi pareja antes que las mías		
40	Sustituyo el tiempo que dedico a mis amigos por mi pareja		
41	Utilizo gran parte de mi tiempo en hacer las actividades de mi pareja antes que las mías		
42	Solo algunas veces he llegado tarde a una cita o a mi trabajo		

ANEXO 3

FICHA DE DATOS

Soy alumna de la Universidad Autónoma del Perú, estoy realizando una investigación que es parte de mi proyecto de tesis en psicología.

Con dicha finalidad le solicito su colaboración con este estudio, la cual será 100% anónima, por tal motivo se les pide que sean honestos (as) en sus respuestas.

A continuación te presentamos una lista de datos para que los completes.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción ()

Primaria incompleta ()

Técnico incompleta ()

Primaria completa ()

Técnico Completa ()

Secundaria incompleta ()

Universitaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Universitaria Completa ()

Estado Civil: Soltero (a) () Conviviente () Casado (a) ()

Años de convivencia/matrimonio: _____ Número de Hijos: _____

Marca con x las siguientes preguntas

MOTIVO DE INGRESO	MARCA CON X	ESTAS PROCESADO	CUANTO TIEMPO	ESTAS SENTENCIADO	CUANTO TIEMPO
ROBO AGRAVADO					
HURTO AGRAVADO					
CONTRA LIBERTAD SEXUAL					
TRAFICO ILICITO DE DROGAS					
HOMOCIDIO					
LESIONES GRAVES					
TENENCIA ILEGAL DE ARMAS					
OMISIÓN A LA ASINTENCIA FAMILIAR					

ANEXO 4
AUTOINFORME DE PAREJA

¿Tiene Ud. pareja? **Si () No ()**

¿Es Ud. feliz con su pareja? **Si () No ()**

¿Cuándo discutes con tú pareja cómo se siente Ud. al respecto?

¿Se siente triste cuando no está con su pareja **Si () No ()**

¿Cree Ud. que cuándo discute con su pareja, afecta su salud? **Si () No ()**

EFFECTO DE LAS RELACIONES DE PAREJA:

¿Te sientes solo(a) y vacío(a), interiormente a menos que tu pareja no esté contigo. ?

Si () No ()

¿Sientes deseos de estar con tú pareja? **Si () No ()**

¿Necesitas la aprobación de tú pareja para tomar decisiones? **Si () No ()**

¿No te atreves a dar tu propia iniciativa, por temor a que no le guste a tu pareja?

Si () No ()

CARGO

"Año del Buen Servicio Ciudadano"

Villa El Salvador, 4 de noviembre del 2017

Carta N° 106 - UA-FH/PS

Región INPE

Jefe de Órganos Técnicos y Jefe de Tratamiento

Presente.-

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirme a ustedes para expresarle mi más cordial saludo en nombre de la Universidad Autónoma del Perú y del mío propio; así mismo, solicitarle tenga a bien autoricen el ingreso al establecimiento penal "Virgen de Fátima", ubicado en el distrito de Chorrillos, a la Bachiller en Psicología: **PRADERA CASTRO, ELIANA ALEJANDRA**.

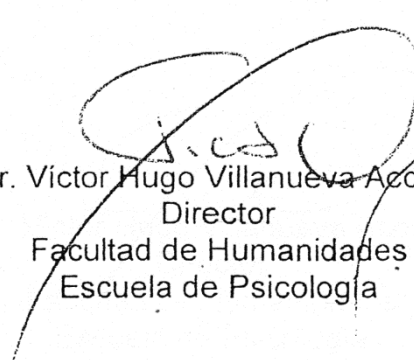
Aplicará dos instrumentos psicológicos: El Cuestionario de Depresión de Beeck y la Escala de Dependencia Emocional, los que forman parte de su investigación de tesis, a partir del 20 al 24 del presente mes, desde las 9:00 am hasta las 12:00 pm.

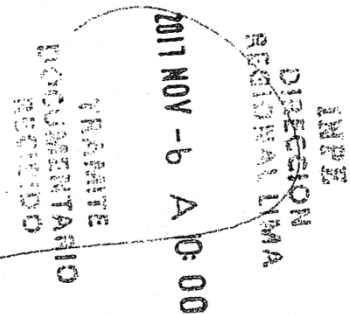
Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo su gentil deferencia, reitero mi más cordial saludo.

Atentamente.



JA/ar.


Dr. Víctor Hugo Villanueva Acosta
Director
Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología

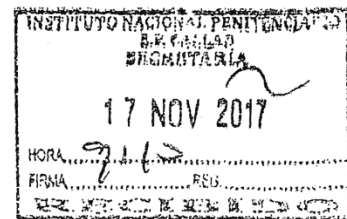




Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

CARGO

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



OFICIO 267-2017-U. AUTONOMA-PH/CAPP

Lima Sur, 14 de noviembre del 2017

Sr. Elmer Perez Vasquez
Director del Establecimiento Penitenciario del Callao

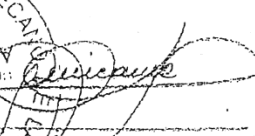
De nuestra mayor consideración
Presente. -

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo a nombre de las autoridades de la Universidad Autónoma del Perú y el nuestro propio, así mismo, aprovechamos la oportunidad para solicitarle autorice el ingreso al Establecimiento Penitenciario del Callao a la Bachiller PRADERA CASTRO ELIANA ALEJANDRA quien como parte de su tesis sobre "*Depresión y dependencia emocional hacia la pareja*" desea realizar la aplicación de pruebas psicológicas a los internos de la institución que Ud. dignamente dirige entre las fechas: 20 al 24 del presente mes en el horario de 9:00 am hasta las 12:00 pm. Todo ello servirá para el recojo de datos para la mencionada investigación.

Ella asistirá a su despacho para coordinar con Ud. los detalles pertinentes.

Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo a su gentil deferencia, reitero mi cordial saludo.

Atentamente


Dr. José Alicama Gómez
Decano de la Facultad de Humanidades


Mg. Robert Briceño Álvarez
Coordinador (e) de la Carrera de Psicología



CARGO

"Año del Buen Servicio Ciudadano"

Villa El Salvador, 6 de noviembre del 2017

Carta N° 105- UA-FH/PS

Ana Urraca Anicama

Directora del Establecimiento Penitenciario "Virgen de Fátima" de
Chorrillos

Presente.-

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi más cordial saludo en nombre de la Universidad Autónoma del Perú y del mío propio; así mismo, solicitarle tenga a bien autorice el ingreso al establecimiento penal que Ud. dignamente dirige, a la Bachiller en Psicología: **PRADERA CASTRO, ELIANA ALEJANDRA**.

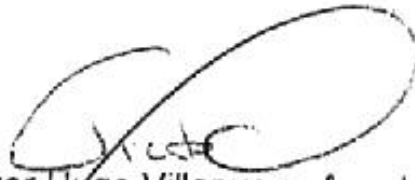
Quien va a aplicar dos instrumentos: El Cuestionario de Depresión de Beeck y la Escala de Dependencia Emocional, los que forman parte de su investigación de tesis.

Esperando contar con su valioso apoyo y agradeciendo su gentil deferencia, reitero mi más cordial saludo.

Atentamente.



JA/ar.


Dr. Víctor Hugo Villanueva Acosta
Director
Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología