

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

**Intervención cognitivo conductual en factores de riesgo de
violencia en el noviazgo: dependencia emocional y apego
ansioso**

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicología

Lic. Karla Andrea Pérez Robles
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de
Dr. Esteban Eugenio Esquivel Santoveña

Sínodo
Dr. Óscar Armando Esparza Del Villar
Mtro. Mario Martín Astorga Olivares
Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña

Ciudad Juárez, Chihuahua. Mayo 2024.



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

**Intervención cognitivo conductual en factores de riesgo de
violencia en el noviazgo: dependencia emocional y apego
ansioso**

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicología

Lic. Karla Andrea Pérez Robles
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de
Dr. Esteban Eugenio Esquivel Santoveña

Sínodo
Dr. Óscar Armando Esparza Del Villar
Mtro. Mario Martín Astorga Olivares
Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña

Ciudad Juárez, Chihuahua. Mayo 2024.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi tita, ella me acompañó en cada paso que di desde que tuve memoria hasta el día en que partió de este plano, me amó incondicionalmente y siempre me ayudó e impulsó a lograr las metas que me propuse. Hoy celebro un éxito más, y aunque en ésta ocasión no está físicamente presente, sé que su esencia estará escuchándome orgullosa desde la primera fila.

Always & Forever.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a todas las personas que han estado presentes a lo largo de mi vida apoyándome, aportándome conocimientos, compartiéndome sabiduría, escuchándome en mis días de desvelos causados por crisis existenciales o tareas acumuladas, por sacarme sonrisas cuando estaba triste, estresada o enojada, por acompañarme en mis logros, por dejarme ser vulnerable y hacerme sentirme amada, por compartir mis alegrías y tristezas, por darme la vida que tengo, por regañarme cuando lo necesitaba y porque sin ustedes no sería la persona que soy el día de hoy. Gracias a mi familia, a mis amigos y a mi gatito Jeremy, los amo al infinito y más allá.

Le agradezco a Dios por dejarme conocer a todas esas personas maravillosas y por siempre darme esperanza en medio de la oscuridad. También quiero agradecerme a mí misma, por sacar adelante la maestría y esta tesis, a pesar de sentir que no iba a poder, en medio de una pandemia y atravesando el peor momento de mi vida. Aun así, aquí estoy, logrando una meta más, siendo valiente, fuerte y perseverante una vez más.

Por último, a mis maestros y a mi director de tesis, que me ayudaron a resolver las dudas que se iban atravesado en el camino. Por sus consejos, correcciones, tutorías y su disposición, gracias.

Atte. Karla

Índice de contenido

Introducción	9
Estado del Arte.....	12
Datos Epidemiológicos	15
Marco Teórico.....	19
Violencia en el Noviazgo (VN).....	19
<i>Ciclo de Violencia</i>	21
Dependencia Emocional (D.E).....	22
<i>Dependencia Emocional Estándar</i>	23
<i>Dependencia Emocional Atípica.</i>	24
<i>Fases de una Relación con D.E.</i>	25
Apego	27
<i>Estilos de Apego</i>	29
Modelo Cognitivo Conductual	30
<i>Terapia Cognitiva Genérica (TCG)</i>	32
Objetivo e Hipótesis.....	36
Objetivo General.	36
<i>Objetivos específicos.</i>	36
Hipótesis.....	36
Método	36
Diseño.....	36
Participantes	37
Criterios de inclusión y exclusión	37

Escenario	37
Instrumentos	37
<i>La Escala de Dependencia Emocional (EDE)</i>	37
<i>El Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO)</i>	38
<i>La Escala de Estilos de Apego Adulto</i>	38
<i>La Escala de Autoestima de Rosenberg</i>	38
Procedimiento.....	39
Diseño de Intervención	40
Evaluación.....	40
Intervención.....	41
Consideraciones éticas	42
Cronograma de Actividades	43
Resultados	45
Discusión.....	49
Referencias.....	52
Anexos	65
Anexo 1	65

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo la aplicación un programa de intervención cognitivo conductual, para reducir el grado de dependencia emocional y apego ansioso manifestados en jóvenes universitarios de 18 a 23 años, así mismo, pretende aumentar su autoestima para lograr disminuir y prevenir la violencia en el noviazgo.

Se utilizó un diseño pre experimental con un solo grupo, teniendo como participantes a 5 mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se llevaron a cabo 10 sesiones, cada una de 2 horas de duración, se utilizó como tratamiento la TCC.

Los resultados señalan que el programa de intervención tiene efectos favorables en la disminución de la dependencia emocional, especialmente en el miedo al abandono, en ver a la pareja como prioridad, en la necesidad de afecto, en realizar cualquier acto para conservar a su pareja, en la intolerancia a la soledad, en la constante búsqueda de atención y en la necesidad de agradar. De igual manera, presenta un impacto en la disminución de las características que conforman al apego ansioso y en los niveles de violencia en el noviazgo, especialmente en el desapego, en la humillación y en el castigo emocional. Por otro lado, se puede observar un aumento en la autoestima de las participantes.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, jóvenes, violencia de pareja, violencia en el noviazgo, dependencia emocional, apego ansioso, autoestima.

Abstract

The objective of this study is to apply a cognitive behavioral intervention program to reduce the degree of emotional dependence and anxious attachment manifested in young university students between 18 and 23 years old, and also aims to increase their self-esteem to reduce and prevent violence in the relationship.

A pre-experimental design was used with a single group, with 5 female students from the Autonomous University of Ciudad Juárez as participants. 10 sessions were carried out, each lasting 2 hours, CBT was used as the treatment approach.

The results indicate that the intervention program has favorable effects in reducing emotional dependence, especially in fear of abandonment, in seeing the partner as a priority, in the need for affection, in carrying out any act to keep one's partner, in the intolerance of loneliness, in the constant search for attention and in the need to please the intimate partner. Likewise, it has an impact on the reduction of the characteristics that make up anxious attachment and on the levels of violence in dating, especially in detachment, humiliation and emotional punishment. On the other hand, an increase in the participants' self-esteem can be observed

Keywords: Cognitive behavioral therapy, youth, intimate partner violence, dating violence, emotional dependence, anxious attachment, self-esteem.

Introducción

La Violencia en el noviazgo (VN) es una problemática que mucho tiempo estuvo relegada, pues las investigaciones se habían enfocado en las características, el origen, la dinámica y la prevención de la violencia intrafamiliar o marital. La VN ha prevalecido y aumentado a lo largo de los años, al igual que las investigaciones que han comenzado a estudiarla desde hace apenas 20 años (Rey, 2008; Rubio-Garay et al., 2017), algunas de ellas han concluido que es una dinámica normalizada en los jóvenes y debido a distintos factores biopsicosociales permanece y/o aumenta en este sector de la población (Cava et al. 2015; Díaz-Aguado, 2011; Ortega y Sánchez 2011; Peña et al., 2013; Póo y Vizcarra, 2008).

La Organización Mundial de la salud [OMS] (2013) detecta cuatro factores para que se genere la violencia en las relaciones de pareja: los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales. Esta investigación se centrará en los factores individuales, enfocándose en los apegos inseguros, específicamente en el apego ansioso (AA). Las personas con este tipo de apego se muestran inseguras, confusas y demasiado apegadas en sus relaciones afectivas, generando muchas veces una dependencia emocional (D.E) dentro de las relaciones (Barroso, 2011). La D.E se define como una excesiva necesidad afectiva o emocional que se intenta satisfacer de manera inadecuada a través de diversas relaciones, es puramente afectiva y se dirige solamente hacia una pareja. (Castelló, 2005; Laca y Mejía, 2017).

Según lo que menciona Castelló (2012) existen tres tipologías en la D.E que son las más importantes: la dependencia emocional estándar (DEE), la dependencia emocional dominante (DED) y la dependencia emocional oscilante (DEO), pues estas tres tipologías se encuentran relacionadas directamente con la VN. Las personas con DEE se relacionan mucho más con las víctimas de violencia y las personas con DED y DEO relacionadas con las perpetradoras de esta misma.

En diversas investigaciones actuales, se ha encontrado correlación entre la D.E y la VN (De la Villa et al., 2018; Guzmán, et al., 2016; Rosas-Muñoz, et al., 2022), pues debido a las características conductuales y cognitivas de las personas con D.E, son más vulnerables a ser víctimas o perpetradores de violencia en las relaciones de pareja y algunos de los factores que conforman a la D.E como el miedo a la ruptura, la prioridad de pareja y la subordinación y sumisión, se relacionan con la presencia de VN (Aiquipa, 2015).

En la investigación realizada por Pradas y Perles (2012) en donde buscaban una relación entre el sexismo, la D.E y la resolución de conflictos en la pareja, encontraron que las tres variables estaban correlacionadas y concluyeron que la D.E se reflejaba en una mala resolución de conflictos y esto a su vez provocaba conductas violentas en la pareja. También se ha encontrado que una desregulación emocional y el abuso psicológico podrían ser factores que incrementen la D.E y que entre más abuso psicológico se reciba mayor dificultad tendrá la persona en regular sus emociones, con una mayor dificultad de regulación de emociones en las mujeres (Momeñe et al., 2017).

Por otro lado, la relación existente entre los estilos de apego inseguros y la D.E también ha sido estudiada, en la investigación de Rocha y colaboradores (2019) se comprobó la existencia de una correlación positiva entre estas dos variables y se encontró que todos los factores que forman parte de la D.E se relacionan estrechamente con la ansiedad que se experimenta hacia su pareja debido a un estilo de apego inseguro.

Del mismo modo, se ha estudiado la relación existente entre el estilo de apego con la VN, por ejemplo, Guzmán y colaboradores (2016) encontraron que existe una relación positiva entre el estilo de AA con la VN, pues las estadísticas mostraron que era más común que fueran víctimas de violencia las personas con este tipo de apego en comparación con las personas que tenían un tipo de apego seguro.

La violencia en las relaciones de pareja persiste en algunas ocasiones a causa de las características cognitivas de las personas en cuestión, donde la DE estándar es uno de los factores por los cuales las víctimas vuelven con sus agresores, retirando denuncias o desobedeciendo órdenes de restricción, al creer que pueden cambiar sus conductas violentas, además de perdonar sus infidelidades (Castelló, 2005). Sin embargo, la D.E anteriormente se veía como una consecuencia de la VN recibida y no como una característica que podría ser un factor de riesgo para generar o ser víctima de violencia en una relación (Amor et al., 2006).

No obstante, en algunas investigaciones, como la que realizaron Póo y Vizcarra (2008) en Chile, se comenzaron a visualizar algunas de las características principales de la DE como una respuesta conductual debido al desarrollo cognitivo y a las estructuras de pensamiento formadas a partir de la historia de vida individual, que a su vez implicaría ser un factor a futuro que facilitaría la creación y prevalencia de violencia en las relaciones de pareja.

En una investigación realizada por Lemos y colaboradores (2007) se buscó establecer cuáles eran los pensamientos distorsionados más comunes en las personas con D.E, de las 15 distorsiones evaluadas, 12 arrojaron resultados significativos, siendo los deberías y la falacia de control los que mostraron un mayor poder discriminante, por lo cual, es importante poner énfasis a los pensamientos intrusivos que causan conductas desadaptativas en las personas, pues uno de los factores para que la persona desarrolle D.E hacia una pareja son los pensamientos distorsionados que presente.

Al utilizar la terapia cognitivo conductual (TCC) se puede trabajar directamente con los pensamientos que perturban al individuo y como consecuencia de esto, lograr un cambio en sus conductas desadaptativas, que es uno de los objetivos que se quiere lograr con este programa de intervención (Bados, 2008).

Por otro lado en esta investigación se expondrá a la VN desde la bidireccionalidad, pues

una gran cantidad de investigaciones han encontrado que al menos dentro del noviazgo con un énfasis en la población juvenil, la VN llega a ser ejercida y recibida por ambos sexos (Alegría y Rodríguez, 2015; Cava et al., 2015; González y Fernández, 2014; López-Cepero et al., 2015; Peña et al., 2013; Zamora-Damián et al., 2018) y “ponerle apellido masculino al agresor y rostro femenino a la víctima es perpetuar los roles tradicionales y negar o justificar la violencia femenina” (Callirgos, 1998/2003, p. 39).

Estado del Arte

Es importante realizar un programa de intervención dirigida a la D.E y al AA, pues existen diversas investigaciones que buscan comparar estas problemáticas, establecer sus características, sus definiciones o comprobar su presencia en cierta población, pero según la literatura revisada no hay muchos programas de intervención en donde se analice la eficacia de los tratamientos aplicados (González-Bueso, 2018).

Además, se ha encontrado que los programas de intervención dirigidos a la VN en américa latina son escasos y que regularmente se enfocan a prevención primaria o secundaria, pero no en ambas modalidades (Vizcarra et al., 2013), esto concuerda con los resultados de la revisión sistemática realizada por Villa-Rueda y colaboradores (2022) en donde encontraron que algunos programas se enfocaron en la prevención secundaria y algunos otros en la prevención primaria pero ninguno en ambas y las teorías que utilizaron en las intervenciones fueron la teoría del aprendizaje social, la teoría social cognitiva, el teatro del oprimido, el modelo de desarrollo social y la comunitaria participativa.

Díaz-Aguado (2011) realizó un programa de intervención que buscaba la psicoeducación sobre la igualdad, el sexismo, los derechos humanos y la prevención de la violencia contra la mujer en España, los resultados indicaron que aumentó el conocimiento sobre las creencias de justificación de la violencia, de la discriminación, de la violencia de género, de la inteligencia

emocional y se observó una identidad menos sexista en los hombres.

Por otro lado, Wolfe y colaboradores (2003) realizaron un programa de intervención, donde su objetivo era la psicoeducación sobre la agresión y su canalización, fomentar las habilidades para la solución de problemas y desaprender la idea del rol de género, fueron 18 sesiones de 2 horas, los resultados se vieron en la reducción de incidentes violentos específicamente del tipo físico, que se mantuvieron después de 16 meses.

En Estados Unidos, Kubany y colaboradores (2004) realizaron un programa de intervención usando la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma diseñada para sobrevivientes de la violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático (TEPT), este tipo de terapia incorpora muchas técnicas de la TCC, como manejo de estrés, terapia de exposición y reestructuración cognitiva. Los resultados arrojaron que el TEPT remitió en el 87% de las mujeres que completaron el programa, con grandes reducciones en la depresión y la culpa y aumentos sustanciales en la autoestima.

En España, Crespo y Arinero (2010) evaluaron la eficacia a largo plazo de un programa psicoterapéutico cognitivo conductual breve en formato grupal para mujeres víctimas de violencia de pareja, comparando la técnica de exposición y las habilidades de comunicación. Los resultados arrojaron una disminución de los síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad con escasa diferencia entre los dos programas.

Así mismo, Johnson y colaboradores (2011) llevaron a cabo un tratamiento cognitivo conductual llamado “HOPE” a mujeres en albergues con TEPT e inquietudes sobre su calidad de vida después de salir del refugio. Los resultados sugirieron que HOPE podía ser un tratamiento prometedor para las víctimas de violencia de pareja en el refugio.

Por otra parte, en Chile Vizcarra y colaboradores (2013) crearon un programa de

intervención psicoeducativo llamado “construyendo una relación de pareja saludable” enfocado en proporcionar herramientas que ayuden a prevenir la VN, en donde se logró un aumento en los conocimientos sobre la detección de la VN, así como también un mayor rechazo hacia estas conductas.

En la ciudad de México, Lazarevich y colaboradores (2017) realizaron una intervención psicoeducativa en estudiantes, fue una sesión de cuatro horas, los participantes del taller mostraron cambios positivos en la percepción y actitudes hacia la VN. A su vez González-Oronoz (2021) también en la ciudad de México, realizó un programa de educación socioemocional para fomentar el autoconocimiento y las relaciones sanas de pareja en estudiantes universitarias, utilizando el mindfulness. Los resultados mostraron que las participantes mejoraron su autoconocimiento y su autoestima, identificaron conductas violentas en las relaciones de pareja y aprendieron herramientas para mantener relaciones sanas.

La mayoría de los programas de intervención antes mencionados se enfocan en la psicoeducación como método de tratamiento, sin embargo, algunos que utilizan la TCC también han obtenido buenos resultados en sus programas de intervención (Crespo y Arinero, 2010; Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2004). Esto concuerda con la revisión sistemática realizada por Eckhardt et al. (2013) donde se revisaron programas de intervención enfocados a víctimas y perpetradores de violencia de pareja desde 1990 hasta 2012.

Por lo que se refiere a los programas de intervención enfocados a la D.E, en la revisión de la literatura se encontraron muy pocas intervenciones que tuvieran como tratamiento un modelo basado en evidencia como la TCC y esto concuerda con algunas investigaciones y revisiones sistemáticas que han analizado los tratamientos para la D.E (Galán y Villalobos, 2019; Parra et al., 2020). En la tabla 1 se pueden observar los programas encontrados de una manera desglosada.

Tabla 1.*Programas de intervención enfocados en dependencia emocional (DE)*

Programas	Lugar	Descripción	Participantes/duración	Resultados
Intervención TCC en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva	Perú.	Se centró en: autoestima, asertividad, solución de problemas y prevención de recaídas.	Mujeres de entre 29 y 49 años (7). 8 sesiones (una semanal) de dos horas y media. Tratamiento con TCC	Aumentó la asertividad y la autoestima, mejoró la resolución de problemas, cambiaron sus creencias irracionales.
Programa cognitivo conductual sobre D.E en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote.	Perú.	Se centró en el fortalecimiento de habilidades y toma de decisiones frente a la VN y la D.E.	Mujeres víctimas de violencia de entre 19 y 48 años (25). 8 sesiones, con tratamiento de TCC.	Disminución de la D.E, que no se repitiera el ciclo y fases de la D.E, que se acercaran a su familia, mayor autonomía y mayor asertividad.
Propuesta de intervención para la D.E tras una ruptura de pareja fomentando la resiliencia y el crecimiento postraumático.	España.	Fortalecer las habilidades de afrontamiento, la resiliencia y el estrés postraumático.	14 sesiones utilizando la TCC	No hay resultados

Creacion propia con informacion de (Cubas et al., 2004; Olivitos, 2019; Rodríguez, 2020).

Datos Epidemiológicos

Al realizar diversas encuestas en todo el mundo (48 en total), se encontró que entre el 10% y el 69% de las mujeres han llegado a ser víctimas de violencia física por parte de una pareja en algún momento de sus vidas, sin embargo, no es el único tipo de violencia vivido por las mujeres, por ejemplo, un estudio en Japón reveló que de 613 mujeres violentadas, el 10% de ellas sufrieron únicamente violencia física, y que al menos el 57% habían sido víctimas de violencia física, psicológica y sexual (OMS, 2002).

La OMS (2016) realizó una investigación en América del norte y en Europa encontrando que el porcentaje de mujeres que han sufrido VN fue del 46% y el porcentaje de hombres que habían sufrido violencia física durante sus relaciones de noviazgo fue del 33%, un poco menor que el de las mujeres, pero que de igual manera es una cifra alta.

En una investigación realizada en España por Cava y colaboradores (2015) con una muestra de 1,078 adolescentes (545 hombres y 533 mujeres) de entre 12 y 19 años, los resultados indicaron que el 27.3% de los hombres adolescentes y el 37.1% de las mujeres adolescentes ejercían violencia verbal-emocional (psicológica) ocasional, que el 5.4% de los hombres y el 4.6% de las mujeres ejercían violencia verbal-emocional (psicológica) frecuente hacia sus parejas, el 4.5% de los hombres y el 9.8% de las mujeres ejercían violencia física ocasional y por último, que el 4.2% de los hombres y el 3.1% de las mujeres ejercían violencia física frecuente hacia sus parejas.

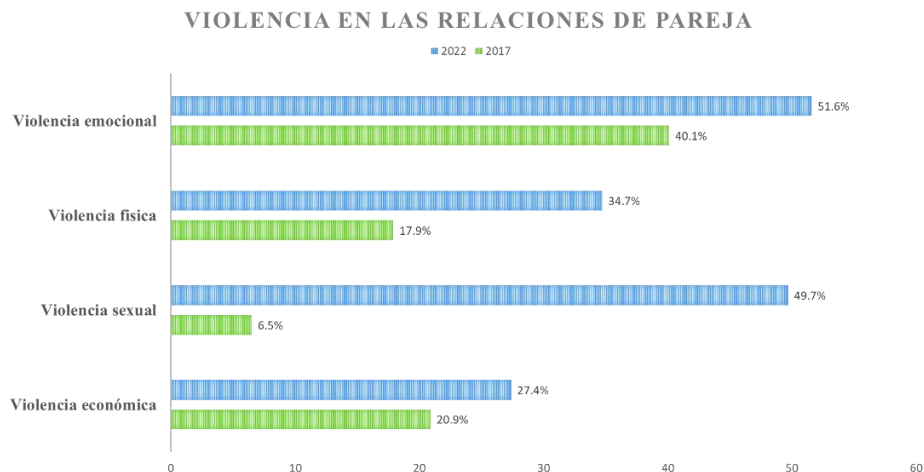
En una revisión sobre la VN realizada por Alegría y Rodríguez (2015) encontraron que, dentro de una gran variedad de investigaciones, la violencia psicológica es el tipo de violencia más reportado en hombres y mujeres, siendo los hombres quienes reportaron el porcentaje más alto en la mayoría de las ocasiones, sin embargo, cuando esto sucedía se invisibilizaba o minimizaba por el constante machismo existente en nuestra cultura. Esto concuerda con la investigación realizada por López-Cepero y colaboradores (2015) encontrando que los hombres tienen el mayor porcentaje en relación con la violencia no percibida en las relaciones de pareja.

En una investigación realizada por Straus (2004) se dieron a conocer las tasas de VN en estudiantes de 31 universidades de 16 países (Asia, Medio Oriente, Australia, Nueva Zelanda, Europa, América Latina y América del Norte) encontrando que el 29% de los estudiantes habían agredido físicamente a su pareja en los últimos 12 meses y el 7% de los estudiantes infligieron una lesión en su pareja. El 25% de hombres y el 28% de mujeres cometieron agresión leve y el 9% en ambos sexos cometieron agresión grave hacia su pareja; El 8 % de los hombres y el 6 % de las mujeres cometieron una lesión leve y finalmente, el 3.1 % de los hombres y el 1.2 % de las mujeres cometieron lesiones graves.

En la investigación de González y Fernández (2014) realizada en Baja California se obtuvo que el 47.6% de los hombres y el 53.6% de las mujeres habían sido víctima de algún tipo de VN. En relación a la bidireccionalidad de la VN en adolescentes, los resultados anteriores fueron similares a los encontrados en la investigación realizada por Zamora-Damián y colaboradores (2018) llevada a cabo en Puebla, en donde los comportamientos de control e intentos de aislamiento fueron los más frecuentes en ambos sexos, así como la violencia psicológica y verbal.

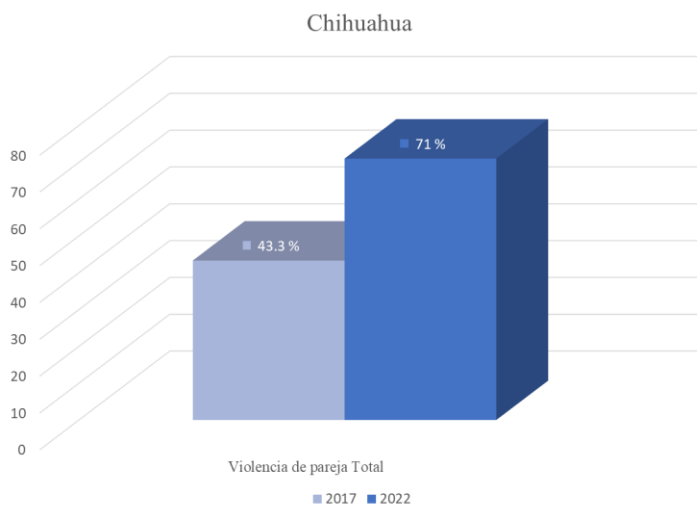
El Instituto nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó la Encuesta Nacional de Violencia en las relaciones de Noviazgo (ENVINOV) encontrando que del total de las y los jóvenes a los que se le hizo la encuesta (14,061,802) el 15% han experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo que tenían al momento de la encuesta y que el 76% de los y las jóvenes reportaron violencia psicológica en su relación de pareja (INEGI, 2007). Esto concuerda con la investigación de Peña y colaboradores (2013) realizada en Tamaulipas, donde encontraron que un porcentaje muy alto (46%) presentaba violencia psicológica y que tanto hombres como mujeres pueden ser víctimas de VN.

El INEGI realizó la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en donde se encuentra una sección especial para la violencia de pareja. En el 2017 la encuesta arrojó que el 43.9% de las mujeres de 15 años o más habían vivido violencia a lo largo de su relación de pareja (40.1% violencia emocional, 20.9% violencia económica, 17.9% violencia física y 6.5% violencia sexual). En el 2022, los resultados arrojaron un incremento en los porcentajes en violencia de pareja con 70.1% de violencia total, 51.6% de violencia psicológica, 27.4% de violencia económica, 34.7% de violencia física y 49.7% de violencia sexual (INEGI, 2017, 2022). En la Figura 1 se pueden observar los resultados de manera más clara.

Figura 1.*Encuesta ENDIREH*

Creación propia utilizando información de INEGI (2017, 2022).

Por otro lado, la ENDIREH también arrojó datos sobre la violencia de pareja en el Estado de Chihuahua. En el 2017 obtuvo un 43.3% de violencia total hacia las mujeres a lo largo de la actual o última relación de pareja y de igual manera que todo el país, en el 2022 la violencia de pareja hacia la mujer en el Estado de Chihuahua incremento a 71% (INEGI, 2017, 2022). En la Figura 2 se pueden observar de manera gráfica estos resultados.

Figura 2.*Encuesta ENDIREH Chihuahua*

Creación propia utilizando información de INEGI (2017, 2022).

Straus (2004) investigó la VN que se vive en Ciudad Juárez, participaron 254 estudiantes en total y se encontró que la perpetración de agresión física total fue de 42.0% (30.8% por hombres y 44.3% por mujeres), la perpetración de agresión física severa total fue del 15.4%, (12.8% por hombres y 15.9% por mujeres), la prevalencia de lesiones tuvo un total del 10.4% (7.9% por hombres y 10.9% por mujeres) y finalmente la prevalencia de lesiones graves tuvo un total de 1.8% (2.6% realizadas por hombres y un 1.6% cometidas por mujeres).

Marco Teórico

Violencia en el Noviazgo (VN)

Hirigoyen (2006) define a la violencia en la pareja como “un maltrato que se produce en la intimidad de la relación de pareja, cuando uno de los miembros, con independencia de su sexo, trata de imponer su poder por la fuerza” (p.15). Por otro lado, la OMS (2016) define a la VN como “la violencia física, sexual y psicológica o emocional que tiene lugar entre jóvenes que salen juntos en el contexto de una relación sentimental” (p.34).

Existen varios tipos y subtipos de violencias, la clasificación se divide en cuatro tipos: La violencia psicológica (humillaciones, manipulación, chantajes, amenazas, insultos) que afecta la psique de una persona con una alta posibilidad de desarrollar trastornos en el comportamiento y la cognición; La violencia física (golpes, pellizcos, empujones, rasguños, fracturas o incluso la muerte) afectando directamente en el bienestar físico de las personas; La violencia sexual (acoso, abuso sexual, violación, relaciones sexuales no consensuadas) y la violencia patrimonial o económica (retención y restricción de dinero) (Martínez, 2016).

En la revisión realizada por Alegría y Rodríguez (2015) se encontraron las formas más comunes de violencia ejercida y recibida en hombres y mujeres. En cuanto a las formas más

comunes de ejercer violencia, se encontró que las mujeres callan a la otra persona a gritos, realizan arañazos, bofetadas, patadas, amenazas y empujones. Por otro lado, en cuanto formas comunes de ejercer violencia los hombres hacen quemaduras con el cigarro, cerillo o encendedor, intentan estrangular a su pareja y amenazan con arma de fuego, además de insultar a su pareja, utilizar la indiferencia, amenazas, golpes con objetos, empujones cachetadas y patadas.

Tanto hombres como mujeres están expuestos en diferentes contextos a una gran variedad de tipos de violencia en Ciudad Juárez y en todo México, pues el país se ha convertido en víctima y al mismo tiempo en perpetrador de la violencia interpersonal, manifestándose a través de las interacciones, discursos, estereotipos, prejuicios, actos discriminativos, roles de género inflexibles, clasismo, sexismo y machismo dentro de nuestra sociedad. Todo esto convirtiéndose en parte del lenguaje, del pensamiento y del comportamiento que se repite generación tras generación, repercutiendo directamente en la dinámica de las relaciones de pareja (Rojas, 2011).

Al comparar la VN en España y en México, se pudo observar que la VN se manifiesta y se percibe de distintas formas dependiendo de la cultura, el sexo, el género y la edad, pues la población española pudo detectar con mayor facilidad la violencia psicológica en la pareja y que las mujeres españolas detectaron a la violencia como el control, la degradación y las amenazas más fácilmente que los hombres de ese mismo país. Por otra parte, en México las mujeres percibieron con mayor facilidad el acoso, el aislamiento, los celos, la degradación, la indiferencia afectiva, la presión sexual, la manipulación emocional y la dominación (Delgado et al., 2015).

La VN también puede identificarse o desarrollarse dentro de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (TICS) pues el término de relación tóxica comenzó a utilizarse a partir del auge de las redes sociales en los jóvenes, refiriéndose así a las relaciones caracterizadas por celos extremos, el control y manipulación de la pareja mediante conductas negativas dentro de las redes sociales (Andrade et al., 2013).

Sin embargo, muchos jóvenes han normalizado este tipo de relaciones, en gran medida debido al uso del término en las redes sociales y medios de comunicación, por consiguiente, a los jóvenes se les dificulta detectar cuándo un comportamiento se considera violento, confundiendo estas conductas con demostraciones de amor (Rodríguez y Rodríguez, 2016).

No obstante, al adentrarnos en el tema de VN es imposible no mencionar al feminicidio, pues es una problemática muy grave e importante, que expuso de manera contundente el daño que la sociedad estaba sufriendo en relación a la VN y a la violencia de género (Rojas, 2011). Como definición los feminicidios “pueden entenderse como crímenes expresivos que inscriben un discurso de odio y poder en el cuerpo secuestrado, mutilado y violentado” (Díaz, 2021, p. 182). En cambio, la violencia de género puede entenderse como una violencia de abuso de poder a raíz de la desigualdad en donde se devalúa a lo femenino y a cualquier persona que no siga los roles de género establecidos (ONU Mujeres, 2023). Según la OMS (2021) en todo el mundo, 27% de las mujeres de 15 a 49 años informan haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por su pareja, y que hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja.

Ciclo de Violencia

Perrone y Nannini (1997) explican las 3 fases del ciclo de violencia en las relaciones de pareja:

Aumento de Tensión. Se refiere a la acumulación de tensión que se produce debido discusiones (gritos, peleas pequeñas) que principalmente se refleja en la persona que es agresiva o violenta, pues está en un punto donde casi explota, pero su pareja trata de contener la ira.

Incidente Agudo de Agresión. Ocurre la violencia física, psicológica o sexual, en donde la persona que agrede culpa a la víctima de haber provocado la agresión, es la descarga de toda la

tensión retenida o acumulada y después del ataque la persona violenta se aleja y se esconde.

Luna de Miel o Arrepentimiento. En esta fase la persona violenta se disculpa con la víctima, se comporta de forma cariñosa, muestra arrepentimiento de su conducta y promete que no lo hará de nuevo. La persona agredida vuelve a sentir confianza, en esta etapa regularmente se retiran las ordenes de restricción o las denuncias de agresión.

Estas fases pueden llegar a repetirse durante toda la relación si no se rompe el patrón de conducta de parte del perpetrador o de la víctima (Perrone y Nannini, 1997).

Dependencia Emocional (D.E)

Algunos autores catalogan a la D.E con características muy parecidas a las adicciones, esto debido a que ambas situaciones comparten algunas bases neurobiológicas (sistemas de recompensa) haciendo que los signos, síntomas y conductas en personas con D.E y trastornos relacionados al consumo de sustancias sean muy similares, como por ejemplo, algunas conductas desadaptativas como pérdida de control y obsesión persisten a pesar de las consecuencias negativas del comportamiento (Gómez et al., 2017; Hirigoyen, 2006).

La DE cuenta con una gran variedad de características, las personas emocionalmente dependientes exhiben un patrón de pensamiento, sentimientos y acciones más o menos estables como: comportamientos de sumisión e inferioridad en su relación de pareja, necesidad de acercarse o estar con su pareja, temor a que la relación acabe, anteponer a la pareja, la posesividad, ser inseparables a la pareja, desequilibrios emocionales, culpa, vacío emocional, miedo al abandono, conflictos de identidad, no estar bien sin el otro, límites interpersonales permisivos, desarrollo de creencias de que otras personas son las que dominan su vida, historia familiar de distanciamiento emocional en la niñez, autoengaño, auto descuido y una tendencia a

enfocarse y volcarse hacia los demás con un espíritu salvador y de sobreprotección (Aiquipa, 2015; De la Villa et al., 2018).

La autoestima se puede definir como un fenómeno interpersonal que parte de la percepción de valía sobre sí mismo, pudiendo ser una percepción negativa o positiva que es creada a partir de los estándares sociales, culturales, por la experiencia de vida, el tipo de crianza y las conductas llevada a cabo a partir de eso (Jurado et al., 2014; Marín-Ocmin, 2019) y la baja autoestima es una de las características de la D.E Castelló (2012).

Por lo tanto, debido a que la autoimagen está relacionada con el grado de ansiedad por ser rechazado o abandonado, las personas que piensan positivamente sobre sí mismos tienden a tener menos ansiedad sobre estas posibilidades porque creen que merecen amor y cuidado. Por el contrario, las personas con una visión negativa de sí mismas tienden a expresar ansiedad y miedo de que el objeto de su afecto los abandone (Guzmán y Contreras, 2012). Esto lo comprobó Marín-Ocmin (2019) pues encontró que existe una correlación negativa significativa entre ambas variables, esto quiere decir que, a menor autoestima será mayor la presencia de dependencia emocional.

Según lo que nos plantea Castelló (2012) La D.E se divide en dos tipos: estándar y atípica. La estándar se subdivide en tipo A y B, por otra parte, la atípica se subdivide en dependencia emocional dominante (DED) y dependencia emocional oscilante (DEO).

Dependencia Emocional Estándar

Tipo A. Este tipo de dependencia se caracteriza por la sumisión en las relaciones de pareja, una alta necesidad afectiva, baja autoestima, muestra un alto deseo de agradarle a las otras personas, quiere ser aceptado y tiene miedo al rechazo, consienten los deseos del otro, les basta pequeñas muestras de afecto para sentirse bien y aceptan las normas que les imponen sus parejas.

Tipo B. El comportamiento es similar al tipo A, no obstante, el tipo B muestra otra cara a las demás personas que son excluyentes de su círculo íntimo como su pareja. Se muestran con más autoestima, poco amigables, algunas ocasiones parecen ser antipáticos y de mal carácter.

Son más restrictivos, pues son selectivos con sus relaciones interpersonales y suelen tener relaciones mucho más posesivas, absorbentes y exclusivas con sus parejas por el mismo motivo.

Dependencia Emocional Atípica.

DED. Las personas con este tipo de dependencia son muy posesivas, además de que la hostilidad y el egoísmo son características típicas de este tipo de dependencia. Al intimidar o dominar crece su ego y los hace sentirse poderosos, son personas que están acostumbradas a necesitar afecto y al mismo tiempo a odiar, reaccionando de una forma vengativa debido a sus carencias afectivas o a maltratos recibidos anteriormente. Se da mayormente en hombres y la mayoría del tiempo al comenzar una relación son exageradamente atentos, para después convertirse en los controladores de la relación, imponiéndole normas y restricciones a la otra persona, buscando control, vigilancia y una posesividad tiránica. Lo que buscan es una fusión o simbiosis con su pareja y pueden ejercer violencia física o psicológica.

DEO. Este tipo de dependencia se caracteriza por personas que tienen una relación tras otra, pero no las consideran como sus parejas, insisten que las relaciones coartan la libertad, pero, aun así, siempre están involucrados con alguna persona. Muestran desinterés, ocultan la relación o pueden presentar a la otra persona como su amigo/a provocándole a esta última mucha confusión y ambigüedad. Los dependientes oscilantes quieren tener pareja, pero al mismo tiempo quieren estar solos, por esto mismo la intermitencia les permite salir y entrar de la relación sin ningún problema. Sin embargo, la dependencia radica en que cuando la otra persona tras sentir esta ambigüedad decide terminar la relación, el dependiente oscilante buscará a la persona para

que no termine la relación y/o para que vuelvan, ya que esto les provoca ansiedad y desesperación tras saber que todo terminó. Sin embargo, si la persona decide volver, tiempo después el dependiente oscilante volverá a su comportamiento habitual.

En el artículo 6 de Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia menciona que la violencia psicológica no solo incluye el hecho de cometer ciertas acciones que dañen psicológicamente a una persona, sino también el de omitirlas, como, por ejemplo, la negligencia afectiva y la indiferencia, por lo que se puede observar que en ambas tipologías atípicas de la D.E predomina la violencia psicológica ejercida sobre sus parejas ya sea por daños directos verbales o por omisión afectiva (Cámara de Diputados, 2007).

Fases de una Relación con D.E

Existen 6 fases por las que atraviesa una persona dependiente en sus relaciones de pareja (Castelló, 2005). En la Figura 3 está representada la evolución de estas fases de manera más simplificada y se explican a profundidad en los apartados siguientes:

Fase 1. Se caracteriza por estar llena de euforia si se cumple con ciertas características que puede atraer a una persona con D.E, las personas dependientes suelen tener fantasías de un noviazgo intenso, incluso si solo han tenido una cita, van demasiado lejos rápidamente, piensan que encontraron al amor ideal, quien le pondrá fin a su soledad, incluso algunos fantasean con el matrimonio. Mientras más conocen a la otra persona, va creciendo su admiración hacia ésta y buscará mantener el mayor contacto posible.

Fase 2. Se establecen los roles que cada parte tendrá (dominante/subordinado). El subordinado será el dependiente estándar y el dominante será la pareja de éste, sin embargo, los roles no se imponen, sino más bien se asignan por mutuo acuerdo dependiendo de las diferentes conductas de cada uno. Las características de cada uno, propician la existencia de estas parejas.

Por esto mismo, una persona con DEA pudiera tener el rol de la parte dominante y su pareja la parte sumisa.

Fase 3. En esta fase se enaltecen las características de cada una de las partes. La subordinación es muy fuerte y la dominación se vuelve excesiva. Siendo aquí la fase en donde se ve más marcada la VN de todo tipo. La persona subordinada ya no disfruta estar en esa relación, sufre, incluso puede entrar en un estado de ansiedad o depresión, su autoestima disminuye más, pero, aun así, la necesidad de estar con esa persona le impide terminar la relación definitivamente. Esta fase suele ser muy larga ya que las relaciones comienzan a ser intermitentes, pues terminan y vuelven muchas veces.

Fase 4. Se caracteriza por la ruptura y el síndrome de abstinencia, mayormente la pareja de la persona dependiente es quien termina la relación. Si esto sucede, lo más probable es que la persona con D.E buscará repetidamente tener contacto con su ex pareja, familiares o amigos en común para convencerla de regresar. También puede suceder que ninguno de los dos termine la relación definitivamente, terminando y regresando repetidamente, pudiéndose convertir en una dinámica común pero patológica en la relación.

Fase 5. Esta fase ocurre durante o después del síndrome de abstinencia. La característica principal es la búsqueda incesante de una pareja, no importa si cumple o no sus expectativas, ésta busca mitigar su dolor ante la soledad y reducir los síntomas de la abstinencia. La mayoría de estas relaciones son frías y sin pasión, ya que solo estarán con esta persona un momento hasta que encuentren al individuo con las características que buscan. También pueden apoyarse en amistades que habían hecho a un lado por su obsesión con la ex pareja. sin embargo, si aún existe posibilidad de regresar con su antigua pareja esta fase no comenzará.

Fase 6. El recomienzo del ciclo. Puede ocurrir que se presente un síndrome de abstinencia muy prolongado, manteniendo esperanzas e imaginando señales de que la ex pareja quiere volver.

Sin embargo, cuando la persona dependiente al fin encuentra al individuo que cuenta con las características que considera interesantes, comenzando así un nuevo ciclo.

Figura 3

Fases de una relación en personas dependientes

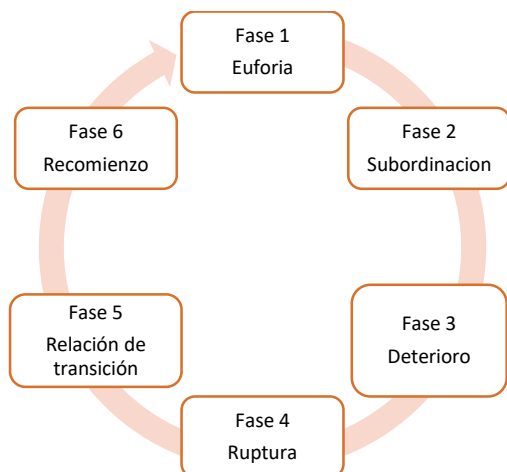


Figura adaptada de Castelló (2005)

Apego

Para Bowlby (1993) el apego se define como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo... conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados” (p. 60). La teoría del apego menciona que todos los infantes tienen necesidades físicas y afectivas, que son indispensables para sobrevivir y tener un desarrollo óptimo, siendo los padres o cuidadores los encargados de cubrir todas estas necesidades, dándole al infante la sensación de protección y seguridad. A partir del vínculo creado y la manera en que éstas necesidades sean o no sean cubiertas, se comenzará a desarrollar el estilo de apego, que se verá reflejado en la manera de construir y mantener sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida (Bowlby, 1989).

Según esta teoría, mientras más se fortalezca el vínculo de forma positiva con la figura de apego (caricias, abrazos, sonrisas) se generará una sensación de seguridad y de confianza,

provocando que en un futuro la persona se sienta digna de merecer amor y de que las otras personas son capaces de darle apoyo y refugio cuando lo necesite. Sin embargo, cuando el vínculo se establece de una manera negativa (violencia, abusos, negligencia, abandono) generará problemas al momento de relacionarse con los demás en un futuro, sintiéndose insuficiente, insegura y abandonada o rechazada constantemente (Aguilar, 2019).

Para que se desarrolle el estilo de apego predominante en una persona, se deben mantener ciertas conductas por parte del cuidador y del infante, de esta manera se crearán los sistemas representacionales de sí mismos, de los demás y de la cercanía con los demás. En esta teoría Aguilar (2019) menciona la clasificación de cuatro sistemas de conducta, siendo estos:

- Sistema de conductas de apego: en este son primordiales las conductas de proximidad y contacto, por ejemplo, sonrisas, caricias, abrazos, alimentación, calor etc.
- Sistema de exploración: indica que mientras más conductas de apego existan, la exploración disminuirá y viceversa, pues al realizar la exploración el infante se aleja de sus cuidadores.
- Sistema de miedo: sirve como una forma de equilibrio entre el sistema de exploración y el de apego, pues cuando se activa el sistema de miedo (llanto) se deberían aumentar las conductas de apego por parte del cuidador y disminuir las de exploración del infante.
- Sistema afiliativo: se manifiesta en el interés que muestran los individuos de tener cercanía e interactuar con los demás.

A través del establecimiento de una conexión con la figura de apego primaria se adquiere la capacidad de distinguir emociones, de regular el estado emocional, de experimentar la constancia del propio estado emocional, de ver a los demás como un ente diferente, de verse a uno mismo como diferente de los demás y de sentir empatía (Barroso, 2011).

Estilos de Apego

Se han encontrado 4 tipos o estilos de apego. El apego seguro (AS) y 3 tipos de apego inseguro: apego ansioso (AA), apego evitativo (AE) y apego desorganizado (Ortiz-Granja, et al., 2019). Las características de cada tipo de apego son:

AS. Se presenta en personas que recuerdan de manera tierna a sus cuidadores y que cubrieron sus necesidades, por lo que presentan sentimientos de confianza, pertenencia, aceptación y satisfacción en sus relaciones.

AA. Se presenta en adultos que tuvieron una relación con sus cuidadores de manera ambivalente al momento de proveer protección o seguridad, por lo que quieren cercanía emocional, pero se relacionan con personas que los rechazan y está expuesto a la angustia por separación, además de presentar desconfianza, inseguridad y miedo al abandono.

AE. Se presenta en adultos que recuerdan una relación distante con sus cuidadores y con sentimientos de rechazo por parte de los mismos, por lo que intentan vivir en el ámbito emocional sin apoyo y amor de otros, destacando la autosuficiencia.

AD. Se presenta en personas con historial de violencia, abuso o negligencia extrema por lo que sus necesidades no fueron cubiertas, les da miedo mantener una conexión emocional, aunque en ocasiones muestran algún tipo de acercamiento (se acercan y se alejan), esto funciona para protegerse de la frustración y de la vulnerabilidad.

Las necesidades emocionales que antes eran satisfechas por los cuidadores, se transfieren gradualmente a parejas importantes en la edad adulta y el apego adulto se refleja en la calidad de las relaciones y en el ajuste emocional cuando se ven amenazados o en conflicto (Guzmán y Contreras, 2012). Por otra parte, Martínez y Santelices (2005) hablan sobre los tipos de apego y las características de cada uno al estar dentro de una relación de pareja, las personas con AS se sienten cómodas y emocionalmente tranquilas cuando dependen de su pareja y no tienen ningún

problema con que los demás dependan emocionalmente de ellas. Las personas con AE tienden a sentirse incómodas en las relaciones cercanas y enfatizan demasiado su autonomía y los individuos con AA se muestran inseguros, ansiosos, confusos y demasiado apegados en sus relaciones afectivas.

Los adultos con AA quieren estar con sus seres queridos, pero en ocasiones sienten un enfado muy intenso por su excesiva percepción de que son abandonados ante una conducta de separación normal, tienen una mayor sensibilidad a las emociones negativas, a la manifestación de estrés y angustia, así como también es más probable que experimenten celos, obsesión, una fuerte atracción sexual, preocupación obsesiva y D.E hacia otra persona (Barroso, 2011).

En la investigación realizada por Santelices y colaboradores (2011) detectaron una correlación significativa entre los estilos de apego inseguros (evitativo y ansioso) y en todas las escalas de ajuste socioemocional, por lo que entre más ansiosa o evitativa sea la persona mayor es el riesgo de presentar sintomatología ansiosa/depresiva, problemas interpersonales y menor ajuste socioemocional en general.

La falta de cercanía y cuidado hace que el cerebro produzca más adrenalina, lo que lleva a comportamientos más impulsivos y agresivos, por lo tanto, para desarrollar las herramientas básicas para la regulación emocional necesitamos el buen trato de nuestras figuras de apego, pero más allá de eso, lo necesitamos para desarrollar habilidades que nos permitan relacionarnos de manera sana en las relaciones afectivas (Barroso, 2011).

Modelo Cognitivo Conductual

El origen del modelo cognitivo conductual se deriva principalmente de dos de las terapias más importantes a principios del siglo XX. La primera es el conductismo, pionera dentro de la investigación y de las bases de la psicología, este enfoque se centra en la conducta y se enfocan

solamente en los estímulos, en las respuestas y en cómo estos elementos pueden modificarla (Trull y Phares, 2002). La segunda es la terapia cognitiva, ésta se enfoca principalmente en la estructura de los pensamientos siendo una parte importante para comprender las psicopatologías y poder efectuar un cambio a través de la modificación del pensamiento. Debido a que, la terapia conductista y la terapia cognitiva se veían fuertemente influenciadas, complementándose muy bien, se creó un modelo dónde se utilizaba el enfoque cognitivo, así como también el conductual (Caro, 2011).

Olivares y colaboradores (2014) mencionan que se le puede llamar modelo cognitivo conductual debido a que incluye una gran variedad de terapias, técnicas y modos de aplicación, pero a su vez éstas comparten ciertas características que las hacen similares: la conducta es medible y evaluable, se basa en el método científico, tienen un grado de eficacia comprobado empíricamente, la conducta humana se adquiere, mantiene y modifica, se establecen objetivos claros y específicos, la evaluación y el tratamientos están relacionados y se le da más importancia a los problemas actuales que a la historia de vida.

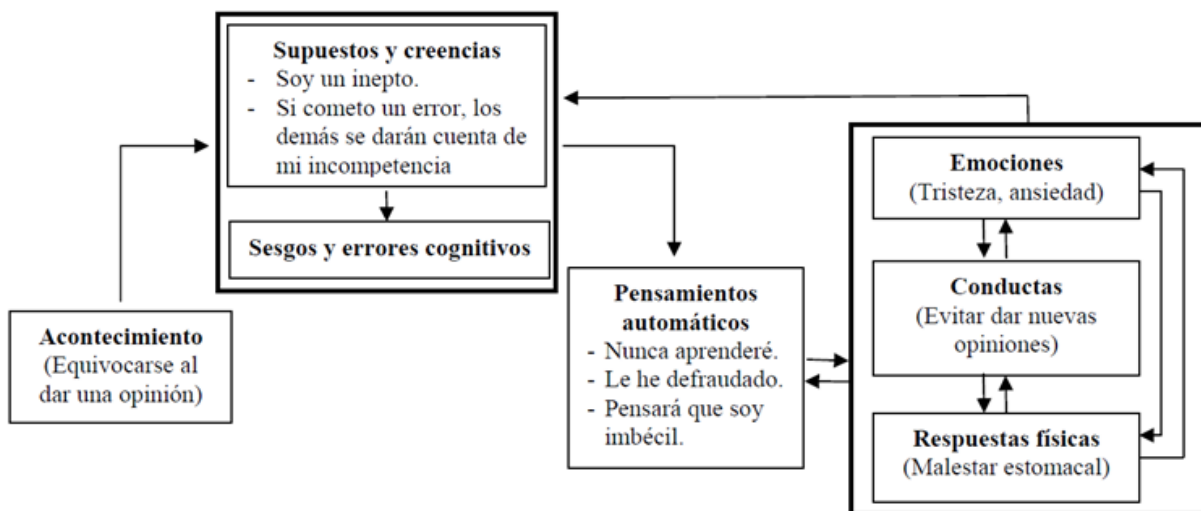
La TCC es una de las psicoterapias basadas en evidencia empírica que se ha comprobado su eficacia en distintos trastornos y problemáticas a través de diferentes investigaciones (Labrador et al., 2002; Ybarra J. et al. 2015). Uno de los beneficios de esta terapia es que puede utilizarse de forma individual y grupal teniendo buenos resultados en ambas intervenciones (Garay et al., 2008). La principal característica de la TCC es que no solo trabaja con las conductas, sino también con las cogniciones, por lo cual es adecuado para el tratamiento de esta problemática, dado que la D.E no solo presenta conductas que pueden llegar a tener consecuencias negativas, sino que también presentan pensamientos obsesivos, ansiosos y desadaptativos (Parra J., et al., 2020).

Ellis estableció una estructura con el nombre de A-B-C, que es un proceso secuencial,

lineal y particular, pues para llegar a C que es la reacción ante una situación, primero se necesita pasar por A que es la situación en cuestión y B que es todo el bagaje de creencias con los que ya contaba la persona en ese momento. Pues lo más importante no son las situaciones o acontecimientos que experimentemos a lo largo de nuestra vida, sino nuestra interpretación, creencias y percepción a cerca de estas mismas (Hernández y Sánchez, 2007). En la Imagen 1, se puede ver más claramente cómo funciona el modelo ABC.

Imagen 1.

Estructura ABC



Recuperado de Bados y García (2010)

Terapia Cognitiva Genérica (TCG)

La TCG fue creada por Aaron T. Beck y es otra de las terapias más relevantes dentro del modelo de las TCC, esta terapia se enfoca al igual que la TREC en los pensamientos o cogniciones y en las conductas desadaptativas (Hernández y Sánchez, 2007). Comenzó como un tratamiento para la depresión, centrado en resolver las problemáticas actuales que el paciente pueda externar en el presente, sin embargo, a lo largo de los años se ha extendido como tratamiento para diversos tipos de trastornos (Beck, 2000).

Beck (2000) menciona que, si bien, no todos los procesos terapéuticos son iguales, si se comparten ciertos principios en la TC: (a) los problemas del paciente se establecen de manera dinámica y en términos cognitivos; (b) se requiere una buena alianza terapéutica; (c) se resalta el trabajo en equipo y la aportación activa; (d) está centrada en objetivos o problemas definidos; (e) se enfoca en el presente; (f) se usa la psicoeducación y prevención de recaídas; (g) es breve en el número de sesiones; (h) las sesiones llevan una estructura; (i) el paciente debe lograr identificar y evaluar sus pensamientos o conductas desadaptativas y modificarlas; (j) se usan diversas técnicas para la modificación de pensamientos, emociones y conductas.

Esta terapia se enfoca en el proceso de la información que es llevada a cabo por tres sistemas: (a) primario-automático-no consciente que procesa la información de manera rápida y es activado por situaciones que puedan generar amenaza, ganancia o pérdida y (b) secundario-reflexivo-consciente que procesa la información de manera lenta, de manera planeada y controlada; (c) el sistema reflexivo-controlado que se encarga de corregir la interpretación del sistema primario-automático (Beck y Haigh, 2014).

Después de procesar la información, ésta se distribuye a los esquemas cognitivos, quienes se encargan de organizar e interpretar la información que obtenemos a través de estímulos ambientales (Ruiz et al., 2012). El significado que se le dé a los acontecimientos al activar los esquemas cognitivos puede llegar a construirse de una manera sesgada o distorsionada negativamente por diferentes factores como la genética, el reforzamiento por aportes ambientales negativos y por percepciones negativas acumuladas en la memoria, desarrollando la posibilidad de algún trastorno mental (Beck y Haigh, 2014).

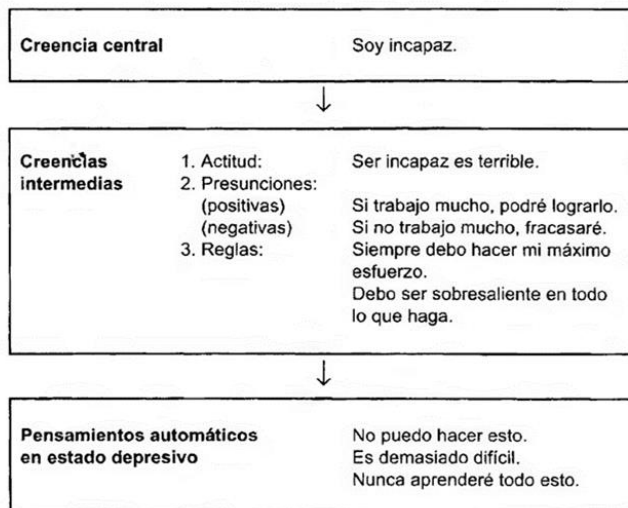
Las creencias generadas a partir de los esquemas cognitivos ya formados, se pueden dividir en creencias intermedias y en creencias nucleares. Las primeras están relacionadas a las actitudes, reglas condicionales o presunciones tanto negativas como positivas, y las segundas se

relacionan con la percepción más dominante e inflexible sobre uno mismo, otras personas y el mundo, éstas regularmente se desarrollan en la infancia (Ruiz et al., 2012).

Las creencias centrales se desarrollan regularmente en dos categorías: el desamparo y la incapacidad de ser amado. Las creencias relacionadas al desamparo pueden surgir discursos internos como: soy incapaz, soy inútil, soy un fracaso, no me respetan, no soy suficientemente bueno, etc. En cambio, en las creencias relacionadas a la incapacidad de ser amado el discurso se presenta como: no le agrado a nadie, no me quieren, soy malo, soy diferente, van a rechazarme, van a abandonarme (Beck, 2000). En la Imagen 2 se puede observar cómo es el proceso cognitivo de una creencia central negativa.

Imagen 2.

Proceso cognitivo



Recuperado de Beck (2000).

Las creencias centrales negativas se pueden observar al activarse el sistema-primario-automático, generando así pensamientos automáticos que están distorsionados. Existen 15 tipos de pensamientos automáticos distorsionados que Mckay y colaboradores (1988) plantearon:

1. Filtraje: visión de túnel donde solo se ven los aspectos negativos de una situación.

2. Pensamiento polarizado: conclusiones extremistas, blanco o negro.
3. Sobregeneralización: generalización excesiva (siempre, nunca, todos, ninguno).
4. Interpretación del pensamiento: adivinar o sacar conclusiones apresuradas.
5. Visión catastrófica: predisposición de que suceda el peor escenario posible.
6. Personalización: creencia de que las acciones de los demás están dirigidas hacia ti.
7. Falacia de control: percibir que se tiene el control sobre los demás o viceversa.
8. Falacia de justicia: creencia de que es injusto que estén en contra de los deseos propios.
9. Razonamiento emocional: dar por verdaderos o racionales las emociones del momento.
10. Falacia de cambio: se cree que los demás deben cambiar para la satisfacción propia.
11. Etiquetas globales: etiquetas erróneas generalizadas sobre sí mismo o los demás.
12. Culpabilidad: atribución de responsabilidades de otros, a sí mismo o viceversa.
13. Deberías: normas rígidas de exigencia dirigidas hacia sí mismo o los demás.
14. Falacia de razón: tendencia a probar tener la razón, sin escuchar otros argumentos.
15. Falacia de recompensa divina: búsqueda de una recompensa a consecuencia de tener conductas percibidas como buenas o correctas.

Por otro lado, las estrategias compensatorias (tratar de ser perfecto o mostrarse como incompetente; evitar las confrontaciones o provocar a los demás; evitar emociones o ser muy emocional) sirven para evitar o sobrellevar una creencia central que genere malestar, sin embargo, las personas con algún trastorno mental o problema emocional suelen sobreexplotar estos recursos o estrategias, generando así, conductas desadaptativas o poco realistas en las personas (Beck, 2000).

La reestructuración cognitiva busca cambiar los pensamientos irracionales que se plantea el paciente a sí mismo sustituyéndolos por pensamientos racionales y de esta manera disminuir el malestar (Bados y García, 2010).

Objetivo e Hipótesis

Objetivo General.

Implementar un programa de intervención cognitivo conductual que reduzca el grado de dependencia emocional y apego ansioso en los jóvenes para prevenir y disminuir la violencia en el noviazgo.

Objetivos específicos.

1. Disminuir los niveles de dependencia emocional en los jóvenes.
2. Incidir en la disminución de las conductas de apego ansioso.
3. Disminuir los niveles de violencia en el noviazgo.
4. Aumentar los niveles de autoestima.

Hipótesis

H1. El programa de intervención va a disminuir el nivel y las características de la dependencia emocional en los jóvenes.

H2. El programa de intervención va a disminuir el apego ansioso y va a aumentar el apego seguro.

H3. El programa de intervención va a disminuir los niveles de violencia en el noviazgo.

H4. El programa de intervención va a aumentar los niveles de autoestima.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño pre experimental con un solo grupo (Shadish et al., 2002). La intervención tuvo una duración de 10 sesiones, dos sesiones semanales de dos horas cada una, las sesiones se llevaron a cabo de manera híbrida (presencial y virtual).

Participantes

El programa de intervención tuvo 5 participantes mujeres de entre 21 y 23 años, de las carreras de psicología, trabajo social, educación y administración. Al comenzar el tratamiento 4 de ellas estaban en una relación de noviazgo y 1 recién había terminado. Al finalizar el tratamiento 2 de ellas seguían en una relación de noviazgo y 3 de ellas habían terminado la relación.

Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión, se tomaron en cuenta los jóvenes (mujeres y hombres) estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) entre 18 a 23 años, que fueran estudiantes del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (ICSA) y de la división multidisciplinaria de Ciudad Universitaria (CU).

Los estudiantes debían tener o haber tenido una relación de pareja en los últimos 6 meses, presentar un nivel significativo, moderado u alto en D.E, una baja autoestima y que su tipo de apego predominante fuera el AA. Como criterio de exclusión, no se tomaron en cuenta las personas que no tenían las características de los criterios de inclusión.

Escenario

Se utilizaron las instalaciones del ICSA y de CU para llevar a cabo las sesiones, en ambos lugares se utilizó un aula, con pizarrón, luz, aire acondicionado y calefacción para que los participantes se sintieran cómodos.

Instrumentos

La Escala de Dependencia Emocional (EDE)

Es una adaptación realizada por Jiménez-Cruz et al. (2022), es una prueba confiable (Alfa

de 0.92) y con validez, pues se confirmó la validez concurrente con una escala de violencia (EVNU) dando como resultado una correlación moderada de entre .304 y .602.

Cuenta con 21 reactivos, que se responden con una escala de tipo Likert de cuatro puntos: 1-no me describe en lo absoluto, 2-me describe poco, 3-me describe moderadamente y 4-me describe mucho. Mide 7 factores, siendo estos: Miedo al abandono; La pareja como prioridad; Necesidad de afecto; Actos para conservar a la pareja; Intolerancia a la soledad; Búsqueda de atención; Y por último la necesidad de agradar (Jiménez-Cruz et al., 2022).

Esta escala se creó a partir de dos instrumentos que estaban validados en otros países de Latinoamérica, el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) y el Inventario de Dependencia Emocional (IDE).

El Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO)

Este cuestionario de tipo Likert, maneja 42 reactivos y 8 factores a medir que son el desapego, la humillación, la violencia sexual, la coerción, la violencia física, la violencia de género, el castigo y la violencia instrumental. Es una prueba válida y confiable con una fiabilidad total de 0.932 (Rodríguez et al., 2010).

La Escala de Estilos de Apego Adulto

Esta escala fue desarrollada por Márquez y colaboradores (2009), mide tres factores, siendo éstos los estilos de apego evitante $\alpha=.888$, ansioso $\alpha=0.865$ y seguro $\alpha=0.813$, con un Alfa global de 0.74. Es una escala de tipo Likert con 7 opciones que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y está conformada por 21 reactivos.

La Escala de Autoestima de Rosenberg

Esta escala es adaptada a México por Jurado y colaboradores (2014), teniendo un alfa de Cronbach de 0.79 por lo tanto, esta escala es confiable y válida. Cuenta con 8 ítems que se

contestan en una escala tipo Likert de cuatro opciones que van de extremadamente de acuerdo a extremadamente en desacuerdo.

En la Tabla 2 se pueden observar más a detalle los factores de cada escala que se utilizaron para las pre y post pruebas.

Tabla 2

Factores por escalas

<i>Escala</i>	<i>Factores</i>	<i>Ítems</i>
<i>EDE</i>	Miedo al abandono	2, 15, 28
	La pareja como prioridad	23, 36, 47
	Necesidad de afecto	5, 11, 12
	Actos para conservar a la pareja	30, 31, 32
	Intolerancia a la soledad	1, 18, 19
	Búsqueda de atención	33, 38, 45
	La necesidad de agradar	3, 27, 44
<i>CUVINO</i>	El desapego	6, 14, 22, 30, 32, 33, 37
	La humillación	7, 15, 23, 31, 36, 40, 41
	La violencia sexual	2, 10, 18, 26, 34, 39
	La coerción	1, 9, 17, 25, 38, 42
	La violencia física	5, 13, 20, 21, 29
	La violencia de género	3, 11, 19, 27, 35
	El castigo	8, 16, 24
	La violencia instrumental	4, 12, 28
<i>Autoestima</i>	Afirmaciones negativas	4, 5, 6, 7, 8
	Afirmaciones positivas	1, 2, 3
<i>Estilos de apego</i>	Evitativo	1, 4, 7, 10, 13, 16 y 19
	Ansioso	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 y 21
	Seguro	3, 6, 9, 12, 15 y 18

Creación propia con información de Jiménez-Cruz et al., 2022; Jurado et al., 2014;

Márquez et al., 2009; Rodríguez et al., 2010.

Procedimiento

El procedimiento para realizar el programa de intervención se dividió en 8 etapas:

1. Creación de la publicidad que se utilizaría para ofrecer el programa de intervención de manera gratuita.
2. Dar a conocer el programa de intervención llamado “Dependencia emocional y violencia en el noviazgo” por medio de medios digitales y con publicidad física en los institutos ICSA y CU de la UACJ para de esta manera comenzar con el registro de participantes.
3. Aplicación de la batería de pruebas de manera digital por medio de Google Forms.
4. Conseguir un lugar adecuado para llevar a cabo las sesiones grupales.
5. Revisión de la batería de pruebas e identificación de personas que cumplieran con los criterios de inclusión
6. Contactar a las personas que se registraron en el programa para confirmar su asistencia, además de notificarles cuándo y dónde se llevaría a cabo.
7. Aplicación de la intervención (algunas veces presencial y algunas veces en línea, debido a complicaciones de los participantes en cuestión de horarios disponibles)
8. Aplicación de la batería de pruebas para conocer el impacto que tuvo el programa.

Diseño de Intervención

Evaluación.

El proceso de evaluación consta de una batería de cuatro escalas que determinan la presencia de violencia (El Cuestionario de Violencia entre Novios [CUVINO]), la manifestación de dependencia emocional (La Escala de Dependencia Emocional [EDE]), el estilo de apego predominante (La Escala de Estilos de Apego Adulto) y el nivel de autoestima (La Escala de Autoestima de Rosenberg). Para identificar los niveles en los que se encuentran los participantes se utilizará la puntuación que nos mencionan en las diferentes escalas.

En la Tabla 3, se pueden observar las puntuaciones y niveles de cada escala, a excepción de la escala de apego, pues las puntuaciones no se separan por niveles, sino que el estilo de apego predominante se identifica con la sumatoria de cada factor y el puntaje que sea más alto será el predominante (Márquez et al., 2009).

Tabla 3.

Niveles por escalas

Escala	Puntuación	Nivel
<i>EDE</i>	1 – 47	Bajo/Normal
	48 – 64	Significativo
	65 – 82	Moderado
	83 – <	Alto
<i>CUVINO</i>	0 – 27	Baja
	28 – 58	Media
	59 – 62	Alta
	63 – <	Severa
<i>Autoestima</i>	1 – 25	Baja
	26 – 28	Media
	29 – 30	Alta
	31 – 32	Muy alta

Creación propia con información de Jiménez-Cruz et al., 2022; Jurado et al., 2014; Rodríguez et al., 2010.

Además de utilizar estos instrumentos, dentro de la intervención se incluyeron otras pruebas para complementar la intervención: La entrevista conductual, el inventario de pensamientos automáticos, encuestas semanales y una encuesta al finalizar el programa.

Intervención.

Se intervino en dos niveles, primaria y terciaria, pues la intervención se aplicará a personas con o sin antecedentes de VN recibida, con el objetivo de prevenir recaídas o su aparición, es decir, antes y después de que se presente el problema (Bisquerra, 2006).

El programa de intervención se creó a partir de distintos manuales y libros de la TCC y de programas en D.E aplicando la TCC (Aguilar, 1987; Beck, 2000; Beyebach y Herrero, 2010; Calixto, 2017; Canto, 2002; Castelló, 2012; Domar, 2002; Olivitos, 2019; Paz, 2010; Poletti y Dobbs, 2010; Ruiz, 2004; Ruiz et al.,2012; Turienzo, 2016).

Tuvo una duración de alrededor de 10 sesiones grupales, siguiendo el esquema de la terapia de grupo breve o de corto plazo, pues Cullari (2001) nos dice que generalmente en los grupos de la terapia breve se realizan de entre 6 a 20 sesiones con las mismas personas.

Algunas sesiones se realizaron de manera virtual, debido a algunas complicaciones con respecto a la disponibilidad en horarios de algunos participantes, sin embargo, esto no afecto ni obstruyo la intervención, pues ya se ha investigado y comprobado que los procesos terapéuticos en línea son eficaces y efectivos (González-Brignardello, 2022).

Consideraciones éticas

La confidencialidad es una parte importante de la ética en los profesionales de la salud mental, pues es importante mantener un ambiente donde permee la confianza dentro de las sesiones y hacer valer el derecho del paciente a la privacidad (American Psychological Association, 2010). Por lo tanto, la confidencialidad fue respetada al mantener el anonimato de las participantes en todo momento y antes de iniciar el proceso de evaluación e intervención, firmaron un consentimiento voluntariamente, en donde se les explicó detalladamente las diferentes etapas, los pros y los contras de la intervención, además de la presencia de la confidencialidad exceptuando los casos en donde ellas mismas o alguien más pudiera estar en peligro.

Es muy importante el seguimiento de los lineamientos bioéticos en el ejercicio profesional, pues esto nos da una pauta del comportamiento que debemos tener en todo momento

a la hora de ejercer nuestra profesión, ya que los psicólogos trabajamos con las emociones y los pensamientos de las personas (Zapata, 2016), por lo tanto, la aplicación del programa de intervención mantuvo una alta calidad en la ética profesional en todo momento, se fomentó la satisfacción personal, así como conductas y pensamientos que fueron benéficos para las participantes, evitando algún daño emocional o físico en las mismas.

Los psicólogos tenemos tres niveles diferentes de compromiso como profesionales relacionados a los derechos humanos: el referido a la condición de ciudadano, a la condición de profesional de la salud, y a la condición de psicólogo. Cada uno de estos niveles está interrelacionado con la ética, la capacitación y la responsabilidad social de un psicólogo, complementándose para dar como resultado a un agente de cambio, un intermediario para que los derechos humanos sigan aplicándose y respetándose en la comunidad y dentro de la carrera de psicología (Ferrero, 2000). Por consiguiente, se trató justamente a todas las participantes, sin discriminación ni prejuicios, respetando los derechos individuales y colectivos, además de respetar en todo momento la autonomía de las personas dentro de la intervención y si en algún momento desearon abandonar el proceso, se respetó completamente su decisión.

La intervención se desarrolló con responsabilidad profesional, pues se realizó una capacitación constante sobre la terapia, técnicas y herramientas que se utilizaron, realizando una intervención con una alta calidad profesional, como lo indica el artículo 30 del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Cronograma de Actividades

En la Tabla 4 se puede observar el cronograma del programa de intervención, incluyendo el número y nombre de las sesiones, así como también las actividades que se aplicaron en cada una de ellas.

Tabla 4*Planificación de actividades*

Número de sesión	Actividades
Sesión 1: Introducción	Entrevista conductual
Sesión 2: Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de presentación en el grupo • Psicoeducación
Sesión 3: Pensamientos distorsionados	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de pensamientos automáticos. • Reconocimiento de un continuo. • Psicoeducación de los pensamientos distorsionados
Sesión 4: Comunicación asertiva	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas para debatir pensamientos • Psicoeducación sobre la comunicación asertiva • Role playing • Destacar las fortalezas
Sesión 5: Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Video sobre personas con baja y alta autoestima. • Dinámica dar vuelta a la tortilla • Entrenamiento en autoinstrucciones. • Psicoeducación de autocuidado
Sesión 6: Mitos y creencias sobre las relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Debate de pensamientos distorsionados • Psicoeducación • Entrenamiento en autoinstrucciones.
Sesión 7: Debate de creencias y modificación de conductas desadaptativas	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión y debate de creencias (Análisis y evaluación lógica) • Reforzamiento diferencial de otras conductas • Imaginación Racional Emotiva • Relajación progresiva
Sesión 8: Role-playing sobre un futuro distinto	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección en el tiempo • Ensayo conductual • Feedback
Sesión 9: Asuntos inconclusos y nuevas metas	<ul style="list-style-type: none"> • Evocación de momentos y emociones negativas • Meditación • La mochila emocional • La tarta de la vida • Las metas
Sesión 10: Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Actuar como si... • Creencias antiguas vs creencias nuevas • Aplicación de test

Resultados

Los datos se analizaron con el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20, realizando primero una prueba de normalidad Shapiro-Wilk, en la Tabla 5 se pueden observar los resultados, arrojando que casi todos los datos tienen una distribución normal con una significancia mayor a 0.05, a excepción de la post prueba del CUVINO. Debido a esto y a que se cuenta con un pequeño número de muestra, se precedió a hacer los análisis estadísticos de los datos con una prueba no paramétrica.

Tabla 5

Pruebas de normalidad Shapiro-Wilk

Prueba	gl	Significancia de la diferencia pre y pos (<i>p</i>)
EDE	5	0.530
Apego	5	0.359
Autoestima	5	0.642
CUVINO	5	0.026

Creación propia recuperado del SSPS

Se realizó una prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, haciendo la comparación entre los puntajes obtenidos antes y después de la intervención de cada uno de los test, en la Tabla 6 se pueden observar los datos estadísticos descriptivos y los resultados arrojados de la prueba de Wilcoxon.

La prueba de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación total de dependencia emocional ($Z = -2.023$, $p < 0.05$), de apego ($Z = -2.023$, $p < 0.05$), de autoestima ($Z = -2.023$, $p < 0.05$) y de violencia en el noviazgo ($Z = -2.023$, $p < 0.05$) antes y después del tratamiento. El número total de diferencias positivas fue de 5 y el total de diferencias negativas fue de 15. El tamaño de efecto fue de $r = -0.90$ en todos los casos, reflejando así un tamaño de efecto grande.

Tabla 6*Puntuaciones antes y después de la intervención*

Prueba	Media		Desviación estándar		<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	Rangos	
	pre	post	pre	post					+	-
EDE	71.60	31	14.72	10.07	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5
Apego	88.20	66.20	8.643	10.521	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5
Autoestima	17.60	29.60	3.50	1.94	0.043	-2.023	5	-0.90	5	0
CUVINO	58.60	15.80	40.28	24.43	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5

Creación propia recuperado del SSPS

A partir de los resultados anteriores, se procedió a analizar los datos antes y después del tratamiento por factores de cada prueba. En la Tabla 7 se puede observar que la prueba Wilcoxon arrojó una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación del factor 1 ($Z = -2.032$, $p < 0.05$), del factor 2 ($Z = -2.032$, $p < 0.05$), del factor 3 ($Z = -2.023$, $p < 0.05$), del factor 4 ($Z = -2.023$, $p < 0.05$), del factor 5 ($Z = -2.032$, $p < 0.05$), del factor 6 ($Z = -2.023$, $p < 0.05$) y del factor 7 ($Z = -2.023$, $p < 0.05$) del EDE, antes y después del tratamiento. Todos tuvieron un tamaño de efecto grande $r = -0.90$, El total de diferencias positivas fue de 0 y el de diferencias negativas fue de 35.

Tabla 7*Pruebas Wilcoxon por factores EDE*

Factores EDE	Media		Desviación estándar		<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	Rangos	
	pre	post	pre	post					+	-
Factor 1	10.60	4.80	2.191	1.789	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5
Factor 2	9.40	4.00	2.793	1.000	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5
Factor 3	11.40	4.80	0.894	1.924	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5
Factor 4	9.60	3.80	2.608	1.304	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5
Factor 5	9.40	4.40	2.881	1.517	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5
Factor 6	10.00	4.20	2.915	1.643	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5
Factor 7	11.20	5.00	1.789	2.121	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5

Creación propia recuperado del SSPS

En relación a los factores de la prueba de apego en adultos (Tabla 8), la prueba Wilcoxon muestra una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación del apego ansioso ($Z = -2.032$, $p < 0.05$), del apego seguro ($Z = -2.023$, $p < 0.05$) antes y después del tratamiento, en ambos casos se arrojó un tamaño del efecto grande $r = -0.90$. Sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación del apego evitativo ($Z = -0.184$, $p > 0.05$) antes y después del tratamiento. El número total de diferencias positivas fue de 7, el total de diferencias negativas fue de 7 y el número de empates fue de 1.

Tabla 8

Prueba Wilcoxon por factores de apego

Factores Apego	Media		Desviación estándar		<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	Rangos		
	pre	post	pre	post					+	-	=
Ansioso	49.20	17.60	8.927	6.950	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5	0
Seguro	27.60	36.80	7.092	4.817	0.043	-2.023	5	-0.90	5	0	0
Evitativo	11.40	11.80	4.930	4.604	0.854	-0.184	5	-0.08	2	2	1

Creación propia recuperado del SSPS

Al realizar el análisis de los factores de la escala de autoestima, la prueba Wilcoxon mostró una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación de las afirmaciones positivas ($Z = -2.041$, $p < 0.05$) y las negativas ($Z = -2.032$, $p < 0.05$) antes y después del tratamiento, ambos casos arrojaron un tamaño de efecto grande $r \geq -0.90$. El total de diferencias positivas fue de 10 y el de diferencias negativas fue de 0. Esto se puede observar en la Tabla 9.

Tabla 9

Prueba Wilcoxon por factores de autoestima

Factores Autoestima	Media		Desviación estándar		<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	Rangos		
	pre	post	pre	post					+	-	=
Positivas	9.20	11.40	1.304	0.894	0.41	-2.041	5	-0.91	5	0	0
Negativas	8.40	18.20	2.608	1.643	0.42	-2.032	5	-0.90	5	0	0

Finalmente, al llevar a cabo el análisis de los factores del CUVINO, la prueba Wilcoxon arrojó que solamente existe una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación del factor 1 (Desapego) ($Z = -2.023$, $p < 0.05$), del factor 2 (Humillación; $Z = -2.032$, $p < 0.05$) y del factor 7 (Castigo emocional; $Z = -2.032$, $p < 0.05$) antes y después del tratamiento. Los 3 factores arrojaron un tamaño del efecto grande $r = -0.90$. El número total de diferencias positivas fue de 3, el total de diferencias negativas fue de 27, el total de empates fue de 10. Estos resultados se pueden observar en la Tabla 10.

Tabla 10

Prueba Wilcoxon por factores CUVINO

Factores CUVINO	Media		Desviación estándar		<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>Rangos</i>		
	pre	post	pre	post					+	-	=
Desapego	19.20	5.60	6.301	6.804	0.043	-2.023	5	-0.90	0	5	0
Humillación	12.80	2.80	8.729	6.261	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5	0
Violencia sexual	3.00	1.40	4.243	3.130	0.180	-1.342	5	-0.60	0	2	3
Coerción	6.40	2.60	7.470	4.775	0.343	-0.948	5	-0.42	1	4	0
Violencia física	3.00	0.00	6.164	0.00	0.180	-1.342	5	-0.60	0	2	3
Violencia de género	4.80	1.40	6.458	3.130	0.357	-0.921	5	-0.41	1	3	1
Castigo emocional	8.20	1.60	3.564	3.578	0.042	-2.032	5	-0.90	0	5	0
Violencia instrumental	1.00	0.40	1.732	0.894	0.655	-0.477	5	-0.21	1	1	3

Creación propia recuperado del SSPS

Al finalizar el programa se aplicó una encuesta con preguntas abiertas y de tipo Likert que va desde 1 (nada) a 5 (mucho) y de 0 a 10 puntos, para conocer la satisfacción, utilidad o cambios percibidos por las participantes a mayor profundidad. El 80% de las participantes indicaron una satisfacción muy alta y el 20% una satisfacción alta, con relación a la utilidad para las relaciones de pareja; 80% indicó mucha utilidad y 20% suficiente utilidad, por otro lado, el 100% mencionó mucha utilidad para la relación consigo mismas.

En cuanto a los cambios percibidos el 100% mencionó cambios en el área de la pareja, con los amigos y consigo misma y el 80% cambios en la familia, 20% percibieron cambios en el trabajo y en la escuela. El 40% de las participantes percibió una mejoría de 7/10 puntos, el 20% una mejoría de 8/10 puntos, 20% una mejoría de 9/10 puntos y 20% una mejoría 10/10.

Discusión

Antes del tratamiento, una de las participantes presentaba dependencia significativa, dos de ellas presentaban dependencia moderada y dos de ellas presentaba dependencia alta, todas presentaban como predominante el estilo de apego ansioso, así como también niveles bajos en autoestima y en cuanto a los niveles de violencia, una de ellas presentaba violencia baja, dos de ellas violencia media y dos de ellas violencia severa.

Al concluir el tratamiento todas las participantes presentaron D.E baja o normal, el estilo de apego predominante cambió al apego seguro, una de ellas presentó autoestima media, dos presentaron autoestima alta y dos participantes presentaron autoestima muy alta. Finalmente, en cuanto a los niveles de violencia cuatro participantes concluyeron con puntajes de violencia bajos y una en puntaje medio.

En la encuesta de cierre mencionaron que, ellas aprendieron a “que la pareja no tiene la obligación de ser como me gustaría que fuera”, “que la comunicación asertiva es muy importante” “que se puede estar en pareja y ser yo misma” “que hay que poner límites y hacer acuerdos en pareja” “tener amor propio” “disfrutar de la vida” “saber que es la dependencia emocional y la autoestima”. Además, afirmaron que su vida mejoró en sus emociones, sus pensamientos negativos (identificados como distorsionados), su autoestima, su forma de comunicarse, su autocuidado, su autopercepción, su autovalía, algunos síntomas de ansiedad y depresión, en el establecimiento de límites y acuerdos.

Por lo tanto, los resultados del programa de intervención señalan que el tratamiento con la TCC tiene efectos favorables en la disminución de la DE, especialmente en el miedo al abandono, en ver a la pareja como prioridad, en la necesidad de afecto, en realizar cualquier acto para conservar a su pareja, en la intolerancia a la soledad, en la constante búsqueda de atención y en la necesidad de agradar, características en las que diversos autores han coincidido que la D.E presenta (Aiquipa, 2015; Castelló, 2012; De la Villa et al., 2018), estos resultados son similares a los de la intervención de Olivitos (2019) y de Cubas (2004).

Debido a que la D.E está sumamente relacionada con el AA y que comparten entre sí una gran cantidad de características (Rocha et al., 2019) el programa de intervención también tuvo un efecto favorable en la disminución de pensamientos y conductas que están presentes en el AA como preocuparse constantemente de que su pareja no se interese tanto, necesitar que su pareja les confirme constantemente que las quiere, miedo constante de perder a su pareja, presionar a su pareja a comprometerse y demostrar amor, pensamientos negativos y desesperación recurrente cuando la pareja no está y preocupación latente a ser abandonada. Diversos autores coinciden que éstas son las características principales o más distintivas del AA (Barroso, 2011; Márquez et al., 2009; Martínez y Santelices, 2005).

Por otro lado, se demostró que tiene un efecto favorable en la disminución de la VN, especialmente en el desapego y en el castigo emocional. Algunos programas para la prevención de la violencia que utilizaron la terapia cognitivo conductual consiguieron resultados similares (Crespo y Arinero, 2010; Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2004). Finalmente se puede observar un aumento en relación a la autoestima y a su autopercepción, esto concuerda con resultados encontrados en el programa de intervención de Cubas y colaboradores (2004). Por consiguiente, al examinar los resultados finales se puede decir que el objetivo del programa de intervención se logró, por lo que se aceptan las hipótesis de investigación.

Para finalizar, algunas de las limitaciones de este estudio fueron la falta de un grupo control, así como también el tamaño y sexo de la muestra, pues sólo se contó con 5 participantes, y aunque se registraron hombres que cumplían con los criterios de inclusión, la mayoría no asistieron a las sesiones o no terminaron el proceso. Como recomendación para futuras intervenciones ampliar el rango de edad podría abrir paso a la comparación por grupos etarios, tomar en consideración factores externos en la adherencia al tratamiento y la aplicación de intervenciones híbridas o totalmente virtuales.

Referencias

- Aguilar, E. (1987). *Cómo ser tú mismo sin culpas*. Pax México.
- Aguilar, M. (2019). Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la teoría del apego. *Revista Cúpula*, 33(1), 33-53.
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412-437.
- Alegría del Ángel, M., y Rodríguez, A. (2015). Violencia en el noviazgo: perpetración, victimización y violencia mutua. Una revisión. *Actualidades en Psicología*, 29 (118), 57-72.
- American Psychological Association (2010) *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association.
- Amor, P., Bohórquez, I., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?. *Revista Acción Psicológica*, 4(2), 129-154. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030758006>
- Andrade, J., Castro, D., Giraldo, L., y Martínez, L. (2013). Relaciones Tóxicas de pareja. *Psicologia.com*, 17(2), 1-15. <http://hdl.handle.net/10401/6149>
- Bados, A. (2008). La intervención psicológica: Características y modelos. *Universidad de Barcelona*, <https://www.studocu.com/es-mx/n/27038573?sid=01678988642>
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*,
- Barroso, O. (2011). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Beck, A. y Haigh, E. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic

cognitive model. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Beyeback, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Herder.

Bisquerra, R. (2006). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Praxis.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.

Bowlby, J. (1993). *Vínculos afectivos*. Paidós

Calixto, E. (2017). *Un clavado a tu cerebro*. Penguin Random House Grupo Editorial.

Canto, J. (2002). *Dinámica de Grupos. Aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Ediciones Aljibe.

Callirgos, J. (2003). Sobre héroes y batallas: los caminos de la identidad masculina. En Lomas, C. (Ed.), *¿Todos los hombres son iguales?: identidades masculinas y cambios sociales*, (pp. 52-88). Paidós. (Trabajo original publicado 1998).

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (febrero 01, 2007) Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. DOF 01-06-2021.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/LGAMVLV_15.02.23.pdf

Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas, modelos y técnicas principales*. Desclée de brouwer.

Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamientos*. Alianza editorial.

Castelló, J. (2012). *La Superación de la Dependencia Emocional. Cómo impedir que el amor se convierta en un suplicio*. Ediciones corona borealis.

- Cava, M., Buelga, S., y Carrascosa, L. (2015). Violencia física y psicológica ejercida en parejas adolescentes: relación con el autoconcepto y la violencia entre iguales. *Psicología Conductual*, 23(3), 429-446.
https://www.researchgate.net/publication/287388570_Violencia_fisica_y_psicologica_ejercida_en_parejas_adolescentes_Relacion_con_el_autoconcepto_y_la_violencia_entre_iguales
- Crespo, M., y Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849–863.
<http://dx.doi.org/10.1017/s113874160000250x>.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A., y Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 5(2), 81-90.
<https://docplayer.es/10817953-Intervencion-cognitivo-conductual-en-un-grupo-de-pacientes-mujeres-con-dependencia-afectiva.html>
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. Pearson.
- Delgado, C., Estrada, B., y López, J. (2015). Gender and cultural effects on perception of psychological violence in the partner. *Psicothema*, 27(4), 381-387.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72742305011>
- De la Villa, M., Sirvent, C., Ovejero, A., y Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica*, 36(3), 156-166. <http://dx.doi.org/10.4067/S071848082018000300156>
- Díaz-Aguado, M. J. (2011). *Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia*. Ministerio de sanidad y política social delegación del gobierno para

la violencia de género.

<https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0138.pdf>

Díaz, C. (2021). Cartografías de feminicidios en Ciudad Juárez: ellas tienen nombre, análisis de una propuesta articuladora de la memoria colectiva. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 6(54), 175-208.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88466779008>

Domar, A. (2002). *Cuida de ti misma como cuidas de los demás*. Urano.

Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., y Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 2(4), 196-231.

<http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>

Feiring, C. y Furman, W. (2000). When love is just a four-letter word: victimization and romantic relationships in adolescence. *Child Maltreatment*, 5(4), 293-298.

<https://doi.org/10.1177/1077559500005004001>

Ferrero, A. (2000) La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. *Fundamentos en Humanidades*, 1(2) 17-31.

Galán, J. y Villalobos, D. (2019). En búsqueda de un tratamiento para la dependencia emocional en la pareja. *Alternativas en Psicología*, 41, 74-85.

Garay, C., Korman, G. y Keegan, E. (2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 12, 61-72.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630251004>

Gómez, M. y López-Rodríguez, J. (2017). La dependencia emocional: la adicción

comportamental en los márgenes de la patología dual. *Revista de Patología Dual*, 4(2), 1-4. <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.7>

González-Bueso, V. Santamaría, J., Merino, L., Montero, E., Fernández, D. y Ribas, J. (2018). Dependencia emocional en mujeres: una revisión de la literatura empírica. *Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 40-53.

<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0506>

González, H. y Fernández, T. (2014). Hombres violentados en la pareja. Jóvenes de Baja California, México. *Culturales*, 2(2), 129-155.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69432742006>

González-Brignardello, M., Tejero, T., Carrasco, M., Saúl, L. y Sierra-García, P. (2022). Eficacia de una intervención psicológica breve en línea durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 173-193.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>

González-Oronoz, M. (2021). Resultados de un programa de educación socioemocional para fomentar el autoconocimiento y las relaciones sanas de pareja en estudiantes universitarias mexicanas. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, 1(2), 53-76. <https://rieed.iberomex.mx/index.php/rieed/article/view/32>

Guzmán, M., Contreras, V., Martínez, A. y Rojo, C. (2016). Asociación entre los estilos de apego y violencia física recibida en relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2(25), 177-185.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946990008>

Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psyche*, 1(21), 69-82.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>

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

Paidós ibérica.

Hernández, N. A. y Sánchez Sánchez, J. C. (2007) *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en red.

Instituto nacional de estadística y geografía. (2007). Encuesta nacional sobre violencia en el noviazgo (ENVINOV).

<https://www.inegi.org.mx/programas/envin/2007/#documentacion>

Instituto nacional de estadística y geografía. (2017). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016.

<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Instituto nacional de estadística y geografía. (2022). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2021.

<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

Jiménez-Cruz, B. E., Amare Pelayo, G., Ledesma Ortega, K. F. y Riveros Rosas, A.

(2022). Construcción y validación de la Escala de Dependencia Emocional (EDE). *Revista de Psicología de la Salud*, 1(10), 55-68.

<https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.816>

Johnson, D., Zlotnick, C., y Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(4), 542–551.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>

Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, K. y Querevalú Guzmán, B.

(2014). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(5), 18-

22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283046027004>

Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Iannce-Spencer, C., McCaig, M., Tremayne, K., y

Williams, P. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3–18.

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.3>

Labrador Encinas, F. J., Vallejo Pareja, M. A., Matellanes Matellanes, M., Echeburúa

Odrizola, E., Bados López, A. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Sociedad española para el avance de la psicología clínica y de la salud. Siglo XXI.

[http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/wp-](http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/wp-content/uploads/2009/12/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf)

[content/uploads/2009/12/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf](http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/wp-content/uploads/2009/12/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf)

Laca Arocena, F. A. y Mejía Ceballos, J. C. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja.

Enseñanza e Investigación en Psicología, 1(22), 66 -75.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161006>

Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., Velázquez-Alva M., y Salinas-Ávila, J. (2017).

Violencia en el noviazgo en estudiantes universitarios mexicanos: evaluación de un taller educativo. *Revista de Violencia Interpersonal*, 32(2), 183-204.

<https://dx.doi.org/10.1177/0886260515585539>

Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H. y Zapata Echavarría, J. A. (2007).

Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55-69.

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/783/608>

López-Cepero, J., Lana, A., Rodríguez-Franco, L., Paíno S. G. y Rodríguez-Díaz, F. J.

(2015). Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *ScienceDirect*, 1(29), 21-26.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.006>

Marín-Ocmin, A. (2019). Dependencia emocional y autoestima: relación y características en una población de jóvenes limeños. *Casus*, 4(2), 85-91.

<https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.176>

Márquez Domínguez, J. F., Rivera Aragón, S. y Reyes Lagunes, I. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 28(2), 9-30.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645444002>

Martínez Pacheco, A. (2016) La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, 46, 7-31.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/0188-7742-polcul-46-00007.pdf>

Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhé*, 1(14), 181-191.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96714114>

Mckay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Martínez Roca S. A.

Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología Conductual*, 1(25), 65-78.

https://www.researchgate.net/publication/317023470_El_papel_predictor_del_abuso_psicologico_y_la_regulacion_emocional_en_la_dependencia_emocional

Olivares Rodríguez, J., Macia Antón, D., Rosa Alcázar, A. y Olivares-Olivares, P. (2014).

Intervención psicológica. Estrategias técnicas y tratamientos. Pirámide

- Olivitos, J. (2019). Programa cognitivo - conductual sobre dependencia emocional en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote, 2018. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Cesar vallejo.
- ONU Mujeres (2023). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016) *La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia*. OPS
- Organización Mundial de la Salud. (8 de marzo del 2021) *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Ortega, R., y Sánchez, V. (2011). Juvenile dating and violence. In C. Monks & I. Coyne (Eds.), *Bullying in Different Contexts* (pp. 113-136). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511921018.006>
- Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P., Rubio, D., Lepe-Martínez, N., Del valle, M., Cadena, D., López, E., Hinojosa, F. y Ramos, C. (2019). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. *Avances en Psicología*, 27(2), 135-152. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1793>
- Parra Flórez J., Villamil Bermúdez D., García Sierra J. & Toloza Gómez Y. (2020). Revisión sistemática acerca de las técnicas más efectivas para tratar la

dependencia emocional dentro de la psicoterapia cognitivo conductual.

Universidad Cooperativa de Colombia.

Paz Rodríguez, J. (2010). *Relaciones y parejas saludables: cómo disfrutar del sexo y del amor*. Junta de Andalucía

Peña Cárdenas F., Zamorano González B., Hernández Rodríguez G., Hernández González M., Vargas Martínez J y Parra Sierra V. (2013) VN en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (1), 27-40.

Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Paidós.

Poletti, R. y Dobbs, B. (2010). *Cuaderno de ejercicios para aumentar la autoestima*.
Terapias verdes.

Póo A. M. y Vizcarra M. B. (2008) Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios.
Terapia Psicológica, 26 (1), 81-88.

Pradas Cañete E. y Perles Novas F. (2012) Resolución de conflictos de pareja en adolescentes, sexismo y dependencia emocional. *Quaderns de Psicologia*, 14 (1), 45-60.

Rey Anacona C. (2008) Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la VN: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 26 (2), 227-241.

Rodríguez B. (2020) Propuesta de intervención para la dependencia emocional tras una ruptura de pareja fomentando la resiliencia y el crecimiento postraumático [Tesis de maestría no publicada] Centro Universitario Cardenal Cisneros Universidad de Alcalá.

Rodríguez L., López-Cepero J., Rodríguez F., Bringas C., Antuña M. A. y Estrada C.

- (2010) Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6, 45-52.
- Rodríguez T. y Rodríguez Z. (2016) El amor y las nuevas tecnologías: experiencias de comunicación y conflicto. *Nueva época*, 25, 15-41.
- Rocha Narváez B., Umbarila Castiblanco J., Meza Valencia M. y Riveros F. (2019) Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de una muestra de jóvenes universitarios en Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15 (2), 285-299. DOI: 10.15332/22563067.5065
- Rojas C. E. (2011) *Dimensiones discursivas de la violencia*. Universidad autónoma de Ciudad Juárez.
- Rosas-Muñoz, O. A., Arrambí-Díaz, C., Luna-Bernal, I. J., y Lugo-Valenzuela, R. (2022). Dependencia emocional y violencia de pareja en usuarias del primer nivel de atención. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(5), 5-11.
<http://dx.doi.org/10.24875/RMF.21000034>
- Rubio-Garay, F., López-González, M., Carrasco M. y Amor P. (2017) Prevalencia de la VN: una revisión sistemática. *Papeles del psicólogo*, 38 (2) 135-147
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2831>.
- Ruiz M., Díaz M. y Villalobos A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, P. (2004). *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes*. Ministerio de sanidad y consumo.
- Santelices M., Guzmán M., y Garrido L. (2011) Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-

- depresiva. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 20 (1) 49-55.
- Shadish, W., Cook, T. y Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin and Company.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010) *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Straus, M (2004) Prevalence of Violence Against Dating Partners by Male and Female University Students Worldwide. *Violence against women*, 10 (7) 790-811.
<https://doi.org/10.1177/1077801204265552>
- Turienzo, R. (2016). *El pequeño libro de la motivación*. Centro Libros PAPF.
- Trull T. & Phares E. (2002) *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Thomson. Capítulo 14, 373-404.
- Villa-Rueda, A. A., Váldez-Montero, C., Jiménez-Vázquez, V., Mendoza-Catalán, G. S., Domínguez-Chávez, C.J. y Cisneros-Ruiz, B. (2022). Intervenciones para prevenir violencia de pareja en población latina e hispano-americana joven: una revisión sistemática. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 29(1), 24-47.
<https://doi.org/10.14198/ALTERN.19764>
- Vizcarra, M., Poo, A., y Donoso, T. (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología*. 22(1), 48-61.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.27719>
- Wolfe, D., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A., Grasley, C. y Reitzel-Jaffe, D. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 279-291.
<https://doi.org/10.1037/0022006X.71.2.279>
- Ybarra Sagarduy J., Orozco Ramírez L., y Valencia Ortiz A. (2015) *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*.

El Manual Moderno S.A. de C.V.

Zamora-Damián G., Alvidrez Villegas S. Aizpitarte A. y Rojas-Solís J. (2018)

Prevalencia de VN en una muestra de varones adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*. 9 (1), 30-53.

Zapata Salazar J. (2016) *Fundamentos de psicología de la salud*. Pearson.

Anexos

Anexo 1

Programa de intervención Cognitivo-Conductual

Número de sesión	Actividades	Descripción	Objetivos	Materiales	Tiempo
Sesión 1: Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Dinámica de presentación • Explicación de la TCC • Entrevista conductual • Inventario de pensamientos automáticos. • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Dinámica: Yo te presento, tú me presentas • Explicación de la TCC y del continuo del proceso cognitivo • Aplicación del formato de entrevista • Aplicar el inventario de pensamientos automáticos • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los integrantes del grupo se conozcan entre sí. • Que los y las participantes conozcan el objetivo de la TCC y la forma como trabaja. • Conocer a detalle la problemática y contexto de cada participante de manera conductual y cognitiva. • Identificar los pensamientos distorsionados individuales y grupales. 	Formatos, pluma, tabla	2 horas
	Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pensamientos distorsionados (RPD). • Introducción • Psicoeducar sobre tipos de apego • Psicoeducar sobre la D.E • Psicoeducar sobre la violencia de pareja • Evaluación con una dinámica en la página web Kahoot 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes se familiaricen con el proceso de la TCC • Que los y las participantes identifiquen que es y su tipo de apego. • Que los y las participantes identifiquen lo que es la D.E y sus componentes. 	Papel y lápiz/pluma Laptop, Cañón, Trípticos sobre dependencia emocional y tipos de	Flexible 2 horas
Sesión 2: Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pensamientos distorsionados (RPD). • Introducción • Psicoeducar sobre tipos de apego • Psicoeducar sobre la D.E • Psicoeducar sobre la violencia de pareja • Evaluación con una dinámica en la página web Kahoot 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes se familiaricen con el proceso de la TCC • Que los y las participantes identifiquen que es y su tipo de apego. • Que los y las participantes identifiquen lo que es la D.E y sus componentes. 	Papel y lápiz/pluma Laptop, Cañón, Trípticos sobre dependencia emocional y tipos de	Flexible 2 horas

Sesión 3
Pensamientos
distorsionados

	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los y las participantes comprendan, reflexionen e identifiquen los tipos de violencia. • Evaluar los conocimientos adquiridos en la sesión. 	<p>apego</p>
Ejercicio en casa	<p>Escribir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo alguien te ofende, lastima, maltrata o violenta cómo reaccionas, que sientes y piensas? • De los pensamientos, sentimientos y conductas que suelen tener las personas con D.E ¿Con cuales te identificas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar acerca de lo visto en sesión 	<p>Pluma y papel Flexible</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de un continuo y análisis de responsabilidad • Psicoeducación sobre los pensamientos distorsionados • Aprender a debatir 	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso • Discusión sobre la tarea • Explicar que los pensamientos automáticos se generan a partir de las creencias intermedias y que a su vez estas se crean a partir de las creencias centrales. Explicar el locus de control interno y externo. • Explicar que son y cuáles son los pensamientos distorsionados o distorsiones cognitivas. identificar cuales presentan y hacer un ejercicio en el pizarrón usando el autoregistro 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la persona comprenda que son y cómo se originan las creencias irracionales. • Que la persona conozca cómo y porque se crean los pensamientos distorsionados. • Que la persona conozca e identifique cuáles son sus pensamientos distorsionados • Que la persona comience a conocer cómo puede debatir con sus pensamientos distorsionados 	<p>Formatos, pizarrón, marcadores, computadora, cañón y formato del inventario de pensamientos distorsionados.</p> <p>2 horas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a debatir los pensamientos distorsionados a partir de preguntas (diálogo socrático) • Cierre • RPD • Ver un cortometraje (all too well – Taylor Swift) y una película (Alice, Cariño) y analizar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de apego que tienen los personajes principales 2. Si se encuentran características de D.E 3. Fases que se observan de la D.E 4. Si hay violencia y de qué tipo 5. Fases que se observan del ciclo de violencia 		Lápiz y papel, un dispositivo electrónico, Lista de preguntas para debatir pensamientos.	Flexible
<p>Sesión 4: Comunicación asertiva</p> <p>• Psicoeducación sobre la comunicación asertiva</p> <p>• Role playing</p> <p>• Destacar las fortalezas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso • Discusión sobre el trabajo en casa • Que es, tipos de comunicación • Derechos asertivos • Técnicas para una comunicación asertiva • Practica de role playing de comunicación asertiva • Escribir lista de fortalezas • Cierre • Escribir una definición de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-detección de pensamientos irracionales • Reflexionar acerca de los pensamientos y conductas de los personajes • Que los y las participantes puedan hacer valer sus derechos, comunicar sus pensamientos, sentimientos y creencias de una manera asertiva • Que los y las participantes imiten y practiquen la comunicación asertiva. • Reconocer las fortalezas propias. 	Lápiz, papel, cañón y computadora.	2 horas
Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un anuncio vendiéndose a uno mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre la autoestima • Reconocer la autovalía 	Lápiz y papel	Flexible

Sesión 5: Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Dinámica dar vuelta a la tortilla • Entrenamiento en autoinstrucciones. • Psicoeducación de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Revisión del trabajo en casa • Psicoeducar a cerca de la autoestima, el autoconcepto, los componentes y pilares de la autoestima • Completar frases incompletas y trabajar reestructuración cognitiva a partir de las oraciones terminadas. • Crear un listado de autoverbalizaciones al momento de presentar creencias irracionales • Formas de autocuidado • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer un análisis personal sobre el autoconcepto y autoestima. Identificar signos y síntomas de una persona con baja autoestima • Identificar y modificar pensamientos negativos que bloquean el desarrollo personal y la autoestima • Modificar el dialogo interno que el paciente se dice a sí mismo. • Mejorar la autoestima y salud mental 	Hojas de papel, cañón, computadora, lápiz, pluma.	2 horas
	Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Diario de autoestima • Practicar y crear nuevas autoverbalizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente pueda automatizar y utilizarlas en momentos diferentes a las que se realizó el entrenamiento 	Papel, pluma	Flexible
Sesión 6: Mitos y creencias sobre las relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Debate de pensamientos distorsionados 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Revisión del trabaja en casa • Psicoeducación sobre los mitos del amor y de las relaciones • Identificación y modificación sobre pensamientos distorsionados de las relaciones. • Psicoeducación sobre las relaciones saludables y los cinco lenguajes del amor. • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Que conozcan la parte saludable en las relaciones de pareja • Que puedan identificar y modificar los propios pensamientos distorsionados o creencias irracionales sobre las relaciones de pareja. 	Laptop Cañón Pizarrón Marcadores	2 horas

	Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una auto instrucción conductual, complementando la auto instrucción cognitiva que se había practicado antes y practicar la respiración profunda (Explicación de la respiración profunda cuando se encargue el ejercicio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar el pensamiento y conducta al momento de presentar una característica de D.E. 	Video sobre respiración. Papel y pluma	Flexible
Sesión 7:	• Discusión y debate de creencias/ pensamientos irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Revisión del trabajo en casa • Plantear conductas y pensamientos que les causen problemas en las relaciones de pareja y plantear que otras conductas y pensamientos pueden reemplazarlas para contrarrestarlas (se pueden utilizar las frases incompletas de la sesión 5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a utilizar los principios de la lógica y el debate para modificar las creencias irracionales. • Incrementar la conducta adaptativa y reducir la conducta problema • Aprender a relajar el cuerpo y la mente en situaciones de ansiedad o estrés. 	Pizarrón y marcadores	2 horas
Debate de creencias y modificación de conductas desadaptativas	• Relajación progresiva	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la relajación progresiva • Cierre • Utilizar la técnica de relajación y practicar las conductas de reemplazo • Proselitismo racional. Pedir al paciente que intente enseñar a los amigos y personas cercanas los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva y cómo pueden realizar los cambios de las creencias irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la persona adhiera a su rutina la relajación progresiva y las nuevas conductas. • Afianzar la filosofía racional 	Papel y pluma	Flexible
	Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Revisión de trabajo en casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer cuáles son las necesidades básicas humanas. 	Laptop, Cañón, Pizarrón,	2 horas
Sesión 8:	• Psicoeducación sobre la pirámide				

La tarta de la vida y nuevas metas	de las necesidades humanas • La tarta de la vida • Las metas • Liberarse de la trampa para monos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar sobre la jerarquía de las necesidades humanas. • En una gráfica de pastel, se debe dividir en 10 secciones, cada una representa un área de la vida de la persona (familia, amigos, pareja, salud física, salud mental, escuela, trabajo, pasatiempos, espiritual y descanso) y tendrá que llenar cada sección de acuerdo al porcentaje que invierte en esa área. • Se le pide a la persona que piense en metas a largo plazo, a medio plazo y a corto plazo que sean realistas. • Realizar un ejercicio de mindfulness empezando la relajación con un procedimiento de sugestión de fijación de ojos, después se realiza la meditación para liberarse de la trampa para monos y termina con la técnica de las hojas en el río • Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar cuales áreas se encuentran descuidadas y cuales ocupan la mayoría del espacio/tiempo. • Construir metas a corto, mediano y largo plazo e identificar cuáles son metas reales a cumplir y lograr. • Meditación para aprender a soltar. 	Marcadores Formatos: Tarta de la vida, cuadro de metas.
Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de ataque de vergüenza • Las actividades del pastel de la vida y las metas planteadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la persona la posibilidad de debatirse aquellas creencias irracionales que acompañan a la realización de actos que considera como “vergonzosos” • Que la persona equilibre su vida. 	Lápiz y papel Flexible	

Sesión 9: Role-playing sobre un futuro distinto y recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación de recaídas y retrocesos • Lista de créditos • Role-playing: Proyección en el tiempo y actuar como si • Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Revisión de tarea • Psicoeducar que pueden ocurrir retrocesos o recaídas y que es parte del proceso y realizar una tarjeta de apoyo para esas situaciones. • Realizar una lista de cosas que hicieron, que fueron difíciles pero que aun así las realizaron. • Imaginar un futuro donde ya existan las nuevas creencias racionales, después realizar un role playing donde tenga que actuar como si ya estuviera establecido el pensamiento, el sentimiento y la conducta deseada • Reflexión/comentarios de forma grupal • Cierre • Tarea de toma de riesgos. Realizar una tarea que suponga un cierto riesgo de fracaso 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar las recaídas, que la persona pueda manejar estas situaciones y que pueda verlas como una oportunidad de mejoría no como un fracaso. • Que puedan darse crédito de su esfuerzo en las situaciones problemáticas. • Ensayar la conducta y pensamientos deseados en un contexto controlado. 	Laptop, cañón, 2 horas pizarrón y marcadores
Sesión 10	Ejercicio en casa <ul style="list-style-type: none"> • Creencias antiguas vs creencias nuevas 	o de perturbación emocional y trate de debatir las creencias irracionales que le surgen ante estas situaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Practicar la actividad de lista de créditos • Introducción • Revisión de trabajo en casa • Confrontar las creencias antiguas con las nuevas 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de conductas y pensamientos • Hacer una introspección a cerca del cambio a través de las sesiones. 	Papel y lápiz Flexible Laptop 2 horas Cañón Pizarrón Marcadores

<ul style="list-style-type: none"> • Ventajas y desventajas • Detención del pensamiento • Aplicación de pos test 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una lista comparativa de las ventajas y desventajas de tener una creencia racional e irracional, así como también del cambio de esquemas • Hacer una lista de pensamientos rumiativos y después una lista de pensamientos e imágenes agradables, comenzar con la respiración profunda y traer a la mente los pensamientos disfuncionales y diciendo "basta" o "alto" junto a un ruido fuerte e indicarle a la persona que traiga a su mente las imágenes agradables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las ventajas de tener pensamientos racionales y las desventajas de seguir con las antiguas creencias. • Detener los pensamientos rumiativos. 	Flexible	Flexible
Ejercicio en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre • Practicar todas las herramientas aprendidas en el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el cambio se mantenga a través del tiempo 	Flexible	Flexible
